

実装研究のための 統合フレームワーク

— CFIR — Consolidated Framework for Implementation Research

【監修】内富庸介 【監訳】今村晴彦／島津太一

保健医療福祉における普及と実装科学研究会

監修者序文

大学病院精神科の初期研修1年目の講義では、心理療法の基礎を学ぶために「治療構造」というコマがあった。うつろい易く、曖昧で捉えにくい人の心を対象に心理療法を学ぶ上で、治療構造という考え方を知った。心を家の構造に見立てて、どこが重要な柱なのか、幼少期からどのような重要な人物に出会い心を構築して来たのか、時には祖父母の代に遡って家族のモットーなどを伺う。そういった個人レベルの見立てを踏まえて、そしてさらに超えて、コミュニティーや地方自治体レベルまで俯瞰して、どこにドアがあり、鍵を持った人と出会い、どんな街や通りがあって季節を感じるのか、こういった保健・医療・福祉の全体未来予想図を見立てるのが、今回扱う実装フレームワークだと理解している。個人対応で難渋している医療者には壮大に感じたが、重要な視点だと直感した。

監訳を担当した今村晴彦氏、島津太一氏の両研究者は、2016年、ワシントンDCにおいて米国立衛生研究所らの共催による、第9回実装科学カンファレンスで稀な日本からの同志として出会い、翌年から周囲に声掛けをして少しずつ日本からの参加者を増やし、日本への実装科学の初期導入を精力的に行っていた。

カンファレンスの初回参加時の印象は、介入内容の記述はわずかで、介入を実装するための戦略のみに着目したプレゼンが多く（後で考えれば当たり前なのだが）、瞠目したことを覚えている。米国では実装科学に研究費が充分配分され10年を経ていて、まさに、CFIR、RE-AIM、実装戦略、クラスターランダム化試験、ステップドウェッジ、百花繚乱といったポスター会場であった。日本も少しの遅れでそうなることを期待したい。

最後に、情熱をもって今村氏、島津氏が監訳者となった本書が、CFIRの紹介に留まらず日本の実装科学を育み根付かせる第一歩となることを切に願う。保健・医療・福祉領域の格差是正を目標に、実装科学はエビデンスに裏打ちされた戦略をもって、特に実践家にとって役に立つ科学と言える。

2021年3月
内富庸介

監訳者序文

実装研究のための統合フレームワーク（Consolidated Framework for Implementation Research: 以下CFIR）は、Damschroderらにより開発され、2009年に発表されました^[1]。心理学、社会学、組織変化論などの19の理論やモデルを統合したメタ理論的なフレームワークであり、その源流はRogersの「イノベーション普及理論」（1962年）に求めることができます。CFIRのフレームワークは「介入の特性」「外的セッティング」「内的セッティング」「個人特性」「プロセス」の5領域と39の構成概念から構成されています。その名の通り、保健・医療・福祉分野において実装研究（特定の組織や集団、コミュニティにおいてエビデンスのある介入や取り組みを効果的・効率的に導入し、維持していくことを目的とした研究）を推進するうえで考慮すべき観点が網羅されており、特に実装の阻害・促進要因を特定するための強力なツールとなるものです。これまでに国外の多くの研究で活用され、被引用文献数も3,300以上であるなど（2020年12月時点）、実装研究の核心的なフレームワークの1つとなっています。

本訳は、2018年に設立された保健医療福祉における普及と実装科学研究会（Research Association for Dissemination and Implementation Science in Health：通称RADISH）が手掛けた最初の翻訳です。普及と実装研究に関する数あるフレームワークやモデルの中からまずCFIRを選択した理由は、ひとえに上述したような影響力の大きさにあります。毎年米国で開催される学術集会においても、CFIRに関する発表やセッションを目にする機会は多く、我々が初めてCFIRに触れたのもこの学会でした。そしてこのフレームワークが持つ汎用性と比較可能性、そして各知見を蓄積して実装のプラットフォーム形成を目指すという指向性に大きな衝撃を受けました。わが国においても、医療機関や地域などの現場におけるベストプラクティス（≒実装の成功事例）の紹介は数多くありますが、「その取り組みがなぜ成功したのか？」「それを他の現場に適応するためには何が必要か？」について、汎用的なフレームワークに基づく科学的な比較検証や考察はあまりみかけません。そのため、せっかくベストプラクティスがあっても、そのエッセンスが活かされず、結局は「特別」扱いされるか、文脈を考慮せずに他の現場への適応がうまくいかないことが多いのではないかと感じました。また、こうした事例を比較検討可能なフレームワークで評価していくことで、わが国にも実装科学の考え方が根付いていくのではないかと感じました。このような問題意識もあり、わが国におけるCFIRの需要は大変高いのではないかと感じた次第です。

今回翻訳したのは、CFIRに関する総合Webサイト（www.cfirguide.org）のうち、構成概念（Constructs）の概略・詳細およびインタビューガイドです。構成概念の概略（Short Description）と詳細な説明（Detailed Description）は、CFIRの原論文^[1]をベースとしたものであり、39の構成概念ごとの具体的な説明とこれまでの知見がまとめられています。これらはいわばCFIRの本体にあたります。また、インタビューガイドおよび質的なコードブックのガイドライン（Qualitative Codebook Guidelines）は、調査の実施と結果評価に活用できるものです。実装研究の学際的な特徴を反映するかのよう、CFIRが射程範囲とする学問分野も多岐にわたるため、翻訳も一筋縄ではいきませんでした。訳文には、読みやすさを優先して、必要に応じて用語の補足や注を入れてあります。また訳語はなるべく当該分野の表記に合わせるように努めました。各分野の専門家からみればより適切な表記があったかもしれません。言うまでもなくそれは監訳者の責任です。なお、本文中でも記載がありますが、CFIRは今後バージョン2（文中では原文の表記に従ってCFIR V2と表記します）へのアップデートが検討されています。しかしその場合でも大幅な変更はなく、また時期も未定であるとの返事を事務局から得ています。

CFIRは診療現場、公衆衛生、産業衛生、学校保健など、様々な領域における組織や集団、

コミュニティの現場（Setting）で活用可能です。各構成概念は、いわば実装で考慮すべき観
点の「選択肢の集合」を示すものであり、研究者や実装関係者の見落としを防ぐためのガイ
ドの役割も果たします。CFIRは因果関係を説明する理論やモデルではないことを理解するこ
とが重要です。すなわち、実装にあたり何が重要な構成概念であるかは、領域や現場によっ
て異なるものであると考えられます。より具体的な活用方法としては、インタビューガイド
に基づく質的評価や、一部の構成概念で紹介されている尺度を用いた量的評価によって、①
実装の障害・促進要因となる構成概念を事前に特定し、形成的評価（実装の途中段階で適宜
評価を行い、その後の修正に活用する評価手法）とともに実装を遂行する、②実装後に事例
間の比較検証を行い、実装成果に関連する構成概念を後方視的に評価する、などが想定され
ます（開発者らは特に前者のような活用の意義を強調しています）。なお、分析や評価で用い
る構成概念は研究目的に応じて選択可能とされていますが、その際の留意事項として、各構
成概念の吟味と慎重な選択、関連するレベル（個人／ユニット／組織など）の識別、測定と
評価方法の決定、測定時点の検討、そしてそれらを選択・決定した根拠の報告、が強く推奨
されています。こうした報告が蓄積されることで、はじめて実装研究が科学たり得ますので、
開発者らの意を汲んだ有意義な活用が望まれます。

実装が行われる組織やコミュニティの文脈は国や地域によって異なるものです。今後、日
本における実装研究の知見を蓄積・集約していくことで、将来的に国外の事例との比較や、
新しい知見の発信が可能になると考えられます。CFIRを実装の研究および現場で活用いただき、
わが国における実装研究の嚆矢になることを願っております。

2021年3月
今村晴彦、島津太一

文献

1. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC: **Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science.** *Implement Sci* 2009, 7:4:50.

目次

監修者序文	1
監訳者序文	2
本書の構成	6
言葉の訳について	8
CFIR バージョン2 (V2) について	10
パート1 CFIR 全体像と概略	11
CFIRとは?	13
CFIR 構成概念 概略一覧	14
パート2 CFIR 構成概念の詳細	17
I. 介入の特性	19
I-A 介入の出处	20
I-B エビデンスの強さと質	21
I-C 相対的優位性	22
I-D 適応性	23
I-E 試験可能性	24
I-F 複雑性	25
I-G デザインの質とパッケージング	27
I-H 費用	28
II. 外的セッティング	29
II-A 患者のニーズと資源	30
II-B コスモポリタニズム	32
II-C 同業者からの圧力	34
II-D 外的な施策やインセンティブ	35
III. 内的セッティング	37
III-A 構造特性	38
III-B ネットワークとコミュニケーション	40
III-C 文化	43
III-D 実装風土	45
III-D-1 変化への切迫感	46
III-D-2 適合性	47
III-D-3 相対的優先度	48
III-D-4 組織のインセンティブや報奨	49
III-D-5 目標とフィードバック	50
III-D-6 学習風土	52
III-E 実装の準備性	54
III-E-1 リーダーシップ・エンゲージメント	55
III-E-2 利用可能な資源	57
III-E-3 知識や情報へのアクセス	59

IV. 個人特性	61
IV-A 介入についての知識や信念	62
IV-B 自己効力感	63
IV-C 個人の行動変容のステージ	64
IV-D 組織との一体感	65
IV-E その他の個人的特性	66
V. プロセス	67
V-A 計画	69
V-B エンゲージング	71
V-B-1 オピニオンリーダー	73
V-B-2 公式に任命された内部の実装リーダー	74
V-B-3 チャンピオン	75
V-B-4 外部のチェンジ・エージェント	76
V-C 実行	77
V-D 振り返りと評価	78
パート3 CFIR インタビューガイド	79
I. 介入の特性	81
II. 外的セッティング	84
III. 内的セッティング	86
IV. 個人特性	93
V. プロセス	95

本書の構成

本書は下記の通り、CFIRの全体像と概略、構成概念の詳細、およびインタビューガイドの3つのパートから構成されています。特定の領域や構成概念について学ぶ、インタビュー調査を設計する、評価に活用するなど、それぞれの目的に応じて必要なページをご参照ください。なお、本書は実装研究のテキストとしても活用できます。特に各構成概念の「詳細な説明」を咀嚼しながら一通り読み通すことで、実装研究に必要な視点を養うことが可能となるでしょう。

■パート1 CFIR 全体像と概略

はじめに、CFIRの全体像についての説明の後、CFIRを構成する5領域と39の構成概念の概略を一覧にまとめました。

■パート2 CFIR 構成概念の詳細

本書のメインパートです。CFIRを構成する5領域と39の構成概念について、項目ごとに詳細な説明を加えています。構成概念の説明は、それぞれ「概略」「詳細な説明」「質的なコードブックのガイドライン」「量的な測定」「文献」から構成されています。

詳細な説明

構成概念の学術的背景や実装研究における位置づけ、主要なエビデンスなどを詳しくまとめたものになります。さらに詳細を知りたい場合は、引用文献をご確認ください。

質的なコードブックのガイドライン

インタビュー調査などのデータをコーディング（適度なサイズの塊となったデータに、内容を簡潔かつ的確に表現するラベルを付けること^[1]）する際の選択基準／除外基準を、具体例をあげて説明したものです。後述のインタビューガイドとともに活用いただけます。「選択基準」は該当する構成概念とみなせる基準を、「除外基準」は該当する構成概念とはみなさない基準を示しています。CFIRの各構成概念は互いに関連しており、また区別のつきにくい構成概念もあるため、この選択基準／除外基準は、各構成概念の境界を理解する一助となります。

量的な測定

構成概念に関する量的尺度を説明したものです。現時点では、各構成概念について確立された尺度は多くなく、The Society for Implementation Research and Collaboration (SIRC) による尺度レビュープロジェクトのサイト（関連する尺度を比較評価した結果を記載：有料）やそのプロトコル論文^[2]の参照を求める内容となっています。

■パート3 CFIR インタビューガイド

CFIRを構成する構成概念ごとに、インタビュー調査で測定する際のポイントおよび具体的な質問文を一覧にしてあります。各構成概念の「質的なコードブックのガイドライン」とともに、インタビュー調査の設計にご活用いただけます。

▶本書は、CFIRの原論文^[3]に基づく総合Webサイト（www.cfirguide.org）のうち、“What is the CFIR?”（トップページ）、構成概念（<https://cfirguide.org/constructs/>）、およびインタビューガイド（Interview Guide Tool [<https://cfirguide.org/guide/app/#/>]）を用いて生成）の箇所（2019年2月時点：2021年3月時点でも変更がないことを確認済）を翻訳したものです。

文献

1. 木原雅子, 木原正博(訳): *現代の医学的研究方法: 質的・量的方法、ミクストメソッド、EBP*. 東京: メディカルサイエンスインターナショナル; 2012.(原文)Liamputtong P: *Research Methods in Health: Foundations for Evidence-Based Practice*. Oxford: Oxford University Press; 2010
2. Lewis CC, Mettert KD, Dorsey CN, Martinez RG, Weiner BJ, Nolen E, Stanick C, Halko H, Powell BJ: **An updated protocol for a systematic review of implementation-related measures**. *Syst Rev* 2018, **7**:66.
3. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC: **Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science**. *Implement Sci* 2009, **7**:4:50.

言葉の訳について

翻訳にあたって、なるべくわかりやすい表記を心がけましたが、日本語訳が定着していない用語も多々ありました。そうした用語については、原語を併記しています。以下では、翻訳の過程で特に議論があった用語について、翻訳の方針や意味をまとめます。

Commitment

Commitmentは「献身的な取り組み」を表す用語ですが、適切な訳語がないため、「コミットメント」と表記しました。CFIRでは、実装プロセスにおいて、組織のリーダーや構成員が献身的に取り組む、という文脈で用いられています。

Engaging / engagement

CFIRの領域V. プロセスの構成概念にengagingがあります。engagingは概略において、実装を行う立場からの戦略として、主要な関係者をattractし、involveするという説明がされており、意味としては公衆衛生分野などで使用される「巻き込み」が近いと考えられます。しかしながら、この「巻き込み」という言葉は、関係者にとっては“巻き込まれる”という、受動的な意味も含まれてしまうのではという意見もありました。実装を成功させるには、最終的にこうした関係者の主体的な関与が重要となります。そのため、本訳ではそうした“主体的に実装に関与する”というニュアンスを削がないように、「エンゲージング」と表記しました。また、関連用語として“主体的な関与”を表すengagementも頻出しますが、これについても「エンゲージメント」と表記しました。

Innovation

日本語では「革新」「新結合」などと説明されることが多いですが、本訳では「イノベーション」と表記しました。CFIR本文にはイノベーションという訳が頻出しますが、これはCFIRの源流となっているのがRogersの「イノベーション普及理論」ということも関連しています。Rogersはイノベーションについて「個人あるいは他の採用単位によって新しいと知覚されたアイデア、習慣、あるいは対象物である」と述べています^[1]。実装研究は、有効性は確認されているものの現場に定着していない介入の実装を主に扱うものであり、CFIRにおける「イノベーション」は、「エビデンスに基づく介入」と読み替えて差し支えないと考えます。また、CFIRには「介入 intervention」も頻出しますが、上記のことから、「イノベーション」と区別して解釈する必要はないと考えます。

Setting

CFIR本文およびインタビューガイドには、settingという用語が頻出します。settingには文脈によって「分野」「場所、組織」など、様々な意味になります。本訳では、保健医療分野や教育分野などの領域を指している場合のみ「分野」とし、それ以外はすべて「セッティング」として統一しています。読者および使用者の立場に応じて、適宜読み替えていただければと思います。

Stakeholder

日本語では「利害関係者」と訳されることが多いですが、本訳では「ステークホルダー」と表記しました。実装研究におけるステークホルダーは、介入の実装に関わりうるあらゆる人、コミュニティ、組織を指します^[2]。具体的には、研究者だけでなく、患者や住民、関連するコミュニティの構成員、保健医療従事者などのサービス提供者、病院や行政などの関連する組織のリーダー、資金提供者、政策決定者など、内外のさまざまな立場のステークホルダーが考えられます。

User

CFIRでは、userという言葉がよく使われています。またuse the interventionという表現も頻出します。本訳ではuserは「ユーザー」と表記しました。実装研究においては、医療機関や行政などの組織において、新しいエビデンスに基づく介入（新しい治療方法や健康増進プログラムなど）を導入し実施するというプロセスがあります。そのため、本文の大半の文脈におけるuserは、介入を実際に行う医療従事者などを表しています。

文献

1. 三藤利雄(訳):イノベーションの普及. 東京: 翔泳社;2007.(原文)Rogers EM: *Diffusion of Innovations. 5th ed.* New York, NY: Free Press; 2003.
2. U.S. National Cancer Institute: Implementation Science at a Glance: **A Guide for Cancer Control Practitioners.** *NIH Publication* 2019(19-CA-8055).

CFIR バージョン 2 (V2) について

CFIRは今後、バージョン2（文中では原文の表記に従ってCFIR V2と表記します）へのアップデートが検討されています。現時点で確認できる、今後の変更が予定されている箇所は下記の通りです。

II-A. 患者のニーズと資源

構成概念の名前が「組織のサービス対象者(Those Served by The Organization)のニーズと資源」に変更される予定です。インタビューガイドでは変更後の構成概念名が使われています。

III-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント

構成概念の名前が「リーダーシップ・コミットメント (Leadership Commitment)」または「リーダーシップの支援 (Leadership Support)」に変更される予定です。

V-B. エンゲージング

下位構成概念として、現行の4つ（オピニオンリーダー、公式に任命された内部の実装リーダー、チャンピオン、外部のチェンジ・エージェント）に加え、新たに「主要ステークホルダー (Key Stakeholders)」と「イノベーションの参加者 (Innovation Participants)」の2つが追加される予定です。インタビューガイドではこの2つが追加されており(ただし「イノベーションの参加者」は「介入の参加者」と表記されています)、それぞれV-B-5とV-B-6の番号が割り当てられています。

パート1

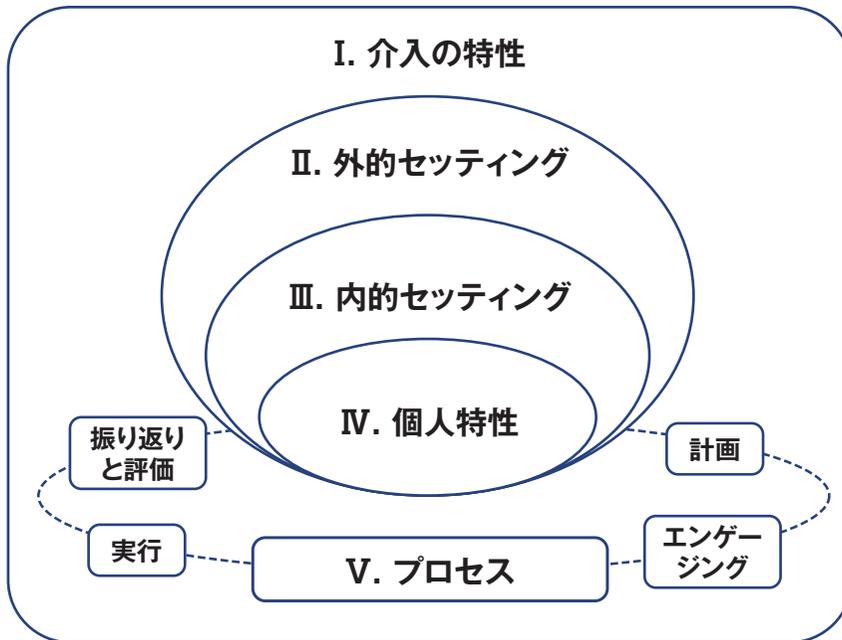
CFIR 全体像と概略

CFIR とは？

実装研究のための統合フレームワーク（Consolidated Framework for Implementation Research:CFIR）は、効果的な実装と関連する構成概念の「メニュー」を提供するものです。Everett Rogers の「イノベーション普及理論」や、Greenhalgh らが13の科学分野にわたる約500文献をレビューしてまとめた（訳者注：保健医療分野におけるイノベーションと関連する）構成概念の集大成など、開発当時（2009年）の最先端科学を反映しています。これら2つに加えて、CFIR はさらに18 の情報源を取り入れています（訳者注：CFIRの原論文では、Rogersの「イノベーション普及理論」はレビュー対象ではなく、その基盤理論として位置づけられている）。CFIR は、広範囲にわたる各構成概念の用語と定義を検討し、それらを1つのフレームワークに整理しました。

CFIR は、5つの領域に整理された（訳者注：39の）構成概念の「メニュー」を提供しており、様々な応用が可能です。例えばイノベーション実装の準備段階においては、潜在的な阻害・促進要因を体系的に評価する実践ガイドを提供し、文脈特有のロジックモデルや一般化可能な中範囲理論の開発においては、理論に基づく構成概念を提供します。下記の図は、CFIRの5つの領域を図にしたものです。

CFIRは、米国退役軍人省（Veterans Affairs：VA）において糖尿病の質向上研究イニシアチブ（Quality Enhancement Research Initiative：QUERI）に所属する実装研究者たちによって開発されました。VA QUERIは、退役軍人の医療の質向上を目的としたシステム変革の一環として1998年に発足し、研究成果やイノベーションを日常の臨床現場に実装することで、この変革の取り組みに貢献し続けています。



CFIRの全体像と5つの領域

▶訳者注：この図は、Damschroderによる下記のウェビナーを参考に、訳者らで作成したものです。CFIRの総合Webサイトの原文では別の図が使用されておりますが、CFIRの全体像と領域間の関係をシンプルに表すものとして、こちらの図を採用しました。

Damschroder, L. Use of Theory in Implementation Research: Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). Implementation Science Research Webinar Series. 2015. <https://cancercontrol.cancer.gov/is/training-education/webinars/details/18>

CFIR 構成概念 概略一覧

構成概念		概略
I. 介入の特性 Intervention Characteristics		
A	介入の出処 Intervention Source	介入の開発が外発的なものか自発的なものかについての、主要なステークホルダーの認識。
B	エビデンスの強さと質 Evidence Strength & Quality	介入が望ましいアウトカムをもたらすという信念を裏付ける、エビデンスの質および妥当性に関するステークホルダーの認識。
C	相対的優位性 Relative Advantage	代替りの解決策と比較した、介入を実装することの強みについてのステークホルダーの認識。
D	適応性 Adaptability	現場のニーズを満たすために、介入の適応やカスタマイズ、洗練化、見直しが可能である程度。
E	試験可能性 Trialability	介入を組織で小規模に試験し、さらに、妥当な場合には、その逆行（実装を取り消すこと）ができること。
F	複雑性 Complexity	実装の困難さについての認識（期間、適用範囲、急進性、破壊性、中心性、実装に必要な複雑さと手順数を反映）。
G	デザインの質とパッケージング Design Quality & Packaging	介入がうまくまとめられており、提示、組立てが優れていることに関する認識。
H	費用 Cost	介入に要する費用、および投資、供給、機会費用を含む介入の実装に関連する費用。
II. 外的セッティング Outer Setting		
A	患者のニーズと資源 Patient Needs & Resources	患者のニーズ、およびそれらのニーズを満たすための阻害要因と促進要因が、組織によって正確に把握され、優先順位付けがなされている程度。
B	コスモポリタニズム Cosmopolitanism	組織が他の外部組織とネットワークで結ばれている程度。
C	同業者からの圧力 Peer Pressure	介入を実装するための模倣的または競争的な圧力。典型的には、大部分の、または他の主要な仲間組織あるいは競合組織がすでに実装を行っているか、競争優位に立とうとしていることによるものである。
D	外的な施策やインセンティブ External Policy & Incentives	介入を広めるための、外的な戦略を含む幅広い構成概念（[政府またはその他の中央機関の] 施策や規制、外部からの命令、勧告とガイドライン、成果払い、外部組織との協働、公的またはベンチマーク報告を含む）。
III. 内的セッティング Inner Setting		
A	構造特性 Structural Characteristics	組織の社会構造、年数、成熟度、および規模。
B	ネットワークとコミュニケーション Networks & Communications	社会的ネットワーク網の性質と品質、および組織内の公式・非公式なコミュニケーションの性質と品質。
C	文化 Culture	組織の規範、価値観、および基本的な前提。

D	実装風土 Implementation Climate	変化を吸収する能力、介入に対して関係者間で共有している受容性、およびそのような介入の実施に対する組織内での報奨、支援、期待の程度。
	1 変化への切迫感 Tension for Change	ステークホルダーが現在の状況を耐え難い、あるいは変化が必要だと認識している度合い。
	2 適合性 Compatibility	関係者が介入に付与する意義と価値観との間の明確な適合の程度、それらが個人の規範、価値観、および認識されたリスクとニーズに合致する程度、および介入が既存のワークフローおよびシステムに合致する程度。
	3 相対的優先度 Relative Priority	実装の重要性について、組織内の個々人で共有された認識。
	4 組織のインセンティブや報奨 Organizational Incentives & Rewards	目標共有のための褒賞、業績評価、昇進、昇給などの外的なインセンティブ、および評価が上がる、敬意が増すなどの目に見えないインセンティブ。
	5 目標とフィードバック Goals and Feedback	目標が明確に伝えられ、それに基づく行動が行われ、スタッフにフィードバックが行われる程度、およびフィードバックと目標が一致していること。
	6 学習風土 Learning Climate	次のような風土：a) リーダーが自らの誤りを犯す可能性を認めチームメンバーによる支援と助言の必要性を表明する。b) 変化のプロセスにおいて、チームメンバーが、自分は不可欠で価値があり、知識あるパートナーだと感じる。c) 個人が新しい方法を試みる際に心理的に安心感をもつ。d) 振り返りと評価のための十分な時間と場所がある。
E	実装の準備性 Readiness for Implementation	介入実装の決定に対する組織コミットメントについての、明確かつ直接的な指標。
	1 リーダーシップ・エンゲージメント Leadership Engagement	リーダーとマネージャーの実装へのコミットメント、関与、および責任。
	2 利用可能な資源 Available Resources	資金、研修、教育、物理的空間、時間を含む、実装とその継続的な運用に割り当てられた資源の程度。
	3 知識や情報へのアクセス Access to Knowledge & Information	介入、およびそれを業務に組み込む方法についての、理解しやすい情報や知識へのアクセスの容易さ。

IV. 個人特性 Characteristics of Individuals

A	介入についての知識や信念 Knowledge & Beliefs about the Intervention	介入に対する個人の態度や価値づけ、および介入に関連する事実、真実、原理の熟知。
B	自己効力感 Self-efficacy	実装の目標達成に向けて一連の行動を成し遂げるための、自らの能力に対する個人の信念。
C	個人の行動変容のステージ Individual Stage of Change	個人が、熟練した、熱心な、持続的な介入の実施に至るまでの各ステージのどこに位置するかの特徴。
D	組織との一体感 Individual Identification with Organization	個々人の組織に対する認識、およびその組織との関係性と組織へのコミットメントの程度についての認識に関連する幅広い構成概念。
E	その他の個人的特性 Other Personal Attributes	曖昧さへの寛容、知的能力、モチベーション、価値観、力量、能力、学習スタイルなど、その他の個人的特性を含む幅広い構成概念。

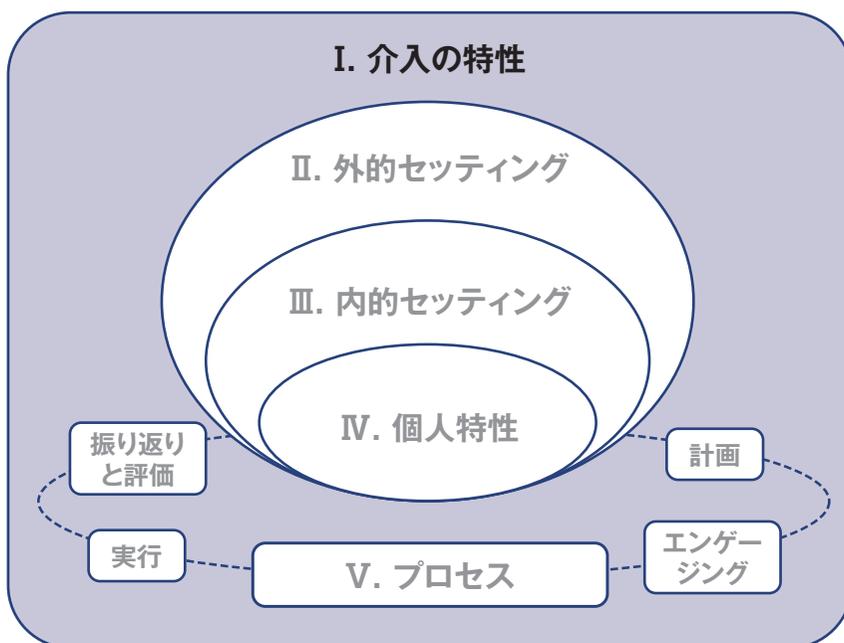
V. プロセス Process		
A	計画 Planning	介入を実装するための行動とタスクの計画や方法が事前に準備されている程度、およびその計画や方法の質。
B	エンゲージング Engaging	介入を実装し行う際に、ソーシャルマーケティング、教育、ロールモデル化、研修、およびその他の同様の活動を組み合わせた戦略を通じて、適切な人を引きつけ、関与させること。
	1 オピニオンリーダー Opinion Leaders	介入の実装に関して、同僚の態度や信念に、公式または非公式な影響を及ぼす組織内の個人。
	2 公式に任命された内部の実装リーダー Formally Appointed Internal Implementation Leaders	コーディネーター、プロジェクトマネージャー、チームリーダー、または他の同様の役割として、介入を実装する責務を公式に任命された、組織内の個人。
	3 チャンピオン Champions	介入によって組織内に生じうる無関心または抵抗を克服し、“[実装の]支援、マーケティング、および完遂に全力を傾ける個人” (Greenhalgh, 2004. p.182) (訳者注：引用情報補足)。
	4 外部のチェンジ・エージェント External Change Agents	望ましい方向で介入決定に公式に影響を及ぼすまたは促進する、外部機関に属する個人。
C	実行 Executing	計画に従って、実装を実行または成し遂げること。
D	振り返りと評価 Reflecting & Evaluating	個人およびチームによる進捗および経験に関する定期的報告と、それに伴う、実装の進捗と質についての定量的・定性的フィードバック。

パート2

CFIR 構成概念の詳細

I

介入の特性 Intervention Characteristics



解説

実装（実践）の成功の可否に影響する介入の特性のこと^{[1][2]}。これは、多くの科学分野の文献によって幅広く裏付けられています。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL: **A glossary for dissemination and implementation research in health.** *J Public Health Manag Pract* 2008, **14**:117-123.

I-A 介入の出処 Intervention Source

介入の開発が外発的なものか自発的なものかについての、主要なステークホルダーの認識。

詳細な説明

介入には、よい思いつき、問題の解決、その他の草の根の取り組みから自発的に発生する場合と、外部組織（業者や研究グループなど）によって開発される場合があります^[1]。介入が外発的か自発的かのいずれかについての主要ステークホルダーの認識は、実装の成功に影響を与える場合があります^{[1][2]}。また、介入の出処の正当性も実装に影響を与えることがあります。

外発的に開発された介入は、意思決定プロセスの不透明さと相まって、実装の失敗につながる場合があります^{[3][4]}。「主要な拡散メカニズムが中央で主導され管理」されるような普及は、実装とは負の関連を示します^[1, p.604]。権威的な介入実施の決定（訳者注：と実装の成功）とは正の関連であることを示す経験的なエビデンスがありますが、完全な介入の実装またはルーチン化とは負の関連です^[1]。一方、基本構想が外部で開発されていても、組織にうまく合わせられれば実装の成功をもたらす可能性があります^[5]（「**I-D. 適応性**」を参照）。時には、介入の採用または実装に対する内部の決定が、外部によって主導されたように認識される場合があります。上層部のリーダーが変化を求めて介入の採用を決定し、実際介入を行う人々の意見をほとんど反映させない実装を命じると、実装の効果が少なくなる可能性があります^{[6][7]}。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションの出処に関する言明、およびインタビューを受けた人が変化を組織の内部（自発的に開発されたプログラムなど）とみならず程度、または組織の外部（外部からもたらされたプログラムなど）とみならず程度に関する言明を含めること。

▶注：内部を「I」、外部を「E」とコード化して評価ができます。

- 外的な出処：「うわあ。財源の無い命令なんて考えられないよ…このあたりは仕事量がとても多いか

ら、彼らは激怒しているよ。」

- 内的な出処：「私たちはみんな集まって、問題を解決するための新しいプロセスを作ることに決めました。」

除外基準

イノベーションを実装するための意思決定プロセスに誰が参加したかに関連する言明は除外するか、早期（または後期）のエンゲージメントを示すものとして「**V-B. エンゲージング**」へダブルコード化（訳者注：2つの構成要素にコーディングすること）すること。意思決定への参加は、イノベーションに対する人々の当事者意識を高める効果的なエンゲージメント戦略です。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRC（The Society for Implementation Research Collaboration）のレビュープロジェクトおよびシステマティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Van de Ven AH, Polley DE, Garud R, Vandataraman S: *The Innovation Journey*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
3. Kitson A, Harvey G, McCormack B: **Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework.** *Qual Health Care* 1998, **7**:149-158.
4. Rycroft-Malone J, A., Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint).** *Qual Saf Health Care* 2002, **11**:174-180.
5. Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.
6. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
7. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.

I-B

エビデンスの強さと質

Evidence Strength & Quality

介入が望ましいアウトカムをもたらすという信念を裏付ける、エビデンスの質および妥当性に関するステークホルダーの認識。

詳細な説明

エビデンスの出処には、出版された文献、ガイドライン、同僚からの経験談、同業者からの情報、患者の体験、現場での事前テストの結果、他の出处などが含まれます^{[1][2]}。「強力なエビデンス」に関する合意された尺度はないものの、(訳者注: エビデンスの強さが)普及 dissemination と正の関連性を示す経験的な裏付けがあります^[3]。しかし、実装においてエビデンスの強さと質が有効であるかどうかについては、結論は出ていません^[3]。強力なエビデンスは重要ではあるものの、介入を採用する個々の決定に必ずしも影響力があるわけではなく、十分でもありません^[4]。介入を実施するにあたって裏付けとなるエビデンスは、外部の情報源(例: 査読論文)によることもあれば、信頼できると思われる他の内部の情報源からもたらされることもあります^[2]。PARIHSモデルは、研究知見の採用 research uptake の鍵となるエビデンス3つの情報源として、調査研究、臨床経験、および患者の体験を挙げています^[1]。介入実装の事例を構築するために、こうした外部と内部のエビデンスは、事前テスト(「I-E. 試験可能性」を参照)の経験などによって統合することができます^[2]。エビデンスの情報源が多いほど、イノベーションが受け入れられる可能性が高まります^{[5][6]}。エビデンスの作成者に対する信頼性、作成時のプロセスの透明性(「V-B. エンゲージング」を参照)、および潜在的ユーザーの介入に対する否定的認識と肯定的認識のバランスをとるために意図的に実装の方向性を打ち出すこと(「V-A. 計画」を参照)は、いずれも効果的な実装にとって重要です^[7]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

エビデンスに対する認識、エビデンスの強さと質に関する言明のほか、エビデンスの欠如、現場での事前テストの結果など、文献以外の異なるタイプのエビデンスへの要望を含めること。

- 「文献を検討しましたが、あいまいな点があると判断しました。」
- 「CDC(訳者注: Centers for Disease Control

and Prevention) ガイドラインはこれにA1勧告を与えました。」

- 「私たちがこれを実施したとき、患者の体重がかなり減少しました。」
- 「中堅(レベルIV)の看護師が参加した学会でX医師の発表を聞き、張り切って戻ってきました。」

除外基準

エンゲージメント戦略としてのエビデンスの受け入れに関する言明を除外するか、「エンゲージング: 主要ステークホルダー」ヘダブルコード化すること。

現場や地域での事前テスト結果の使用に関する記述は、除外するか「I-E. 試験可能性」ヘダブルコード化すること。

▶訳者注: CFIR V2(訳者注: 今後予定されているアップデート版)では、「エンゲージング」の低位構成概念として、「エンゲージング: 主要ステークホルダー」が追加される予定です(「V-B. エンゲージング」を参照)。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Rycroft-Malone J, Harvey G, Kitson A, McCormack B, Seers K, Titcher A: **Getting evidence into practice: ingredients for change.** *Nurs Stand* 2002, **16**:38-43.
- Stetler CB: **Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice.** *Nurs Outlook* 2001, **49**:272-279.
- Dopson S, FitzGerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L: **No magic target! Changing clinical practice to become more evidence based.** *Health Care Manage Rev* 2002, **27**:35-47.
- Fitzgerald L, Dopson S: **Knowledge, credible evidence, and utilization.** In Dopson S, Fitzgerald L (eds.): *Knowledge to action? Evidence-based health care in context.* Oxford, UK: Oxford University Press; 2006.
- Kitson A, Harvey G, McCormack B: **Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework.** *Qual Health Care* 1998, **7**:149-158.
- Rycroft-Malone J, A, Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint).** *Qual Saf Health Care* 2002, **11**:174-180.
- Graham ID, Logan J: **Innovations in knowledge transfer and continuity of care.** *Can J Nurs Res* 2004, **36**:89-103.

I-C 相対的優位性 Relative Advantage

代替りの解決策と比較した、介入を実装することの強みについてのステークホルダーの認識。

詳細な説明

代替りの解決策と比較した、介入を実装することの強みについてのステークホルダーの認識^[1]。効果的な実装のためには、すべての主要ステークホルダーが実装の相対的優位性を認識および了承しなければなりません^[2]。ユーザーが介入の有効性や効率に明らかでない優位性を認識していれば、実装は成功する可能性が高いでしょう。実際、この相対的優位性の認識は、採用/実装にとって不可欠です^[2]。Greenhalghら（訳者注：Greenhalghらによるイノベーションのモデル）、PRISM（The Practical, Robust Implementation and Sustainability Model）のモデル、およびGrolらの実装モデルはいずれも、観察可能性 observability を独立した構成概念として記載しています^{[2] [3] [4]}。しかしながら介入の有益性は、相対的優位性を評価するためにステークホルダーに明確に見える（観察可能である）ものでなければならず、従って、介入の有益性を明示するための努力が、実装を促進するのは明らかです^{[2] [3] [5] [6] [7]}。そこで、観察可能性を相対的優位性の構成概念に組み込みました。介入の有益性の観察可能性（または可視性）は、ステークホルダーの相対的優位性の認識と密接に関連しており、両者を分けて測定するのは現実には難しいでしょう。従って、我々は双方の役割を認めつつ、2つの要素を統合しました。介入がどの程度体系化できるかどうか、相対的優位性の認識に影響を与えます。多くの介入は、言葉で説明できない構成要素を相当数含んでおり、またその有益性の多くは理解したり判別したりすることがさらに難しいため^{[8] [9]}、相対的優位性を評価することになります。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションが既存のプログラムより良い（または悪い）ことを明示する言明を含めること。

- 「私たちは多くのシステムを評価しましたが、私たちのクリニックにとって、このシステムは明らかにそれらより優れています。」

除外基準

イノベーションの強い必要性を明示する（しない）、もしくは現在の状況を支持できないという言明（例：イノベーションが必要不可欠である、イノベーションは他のプログラムと重複しているなど）を除外し、「III-D-1. 変化への切迫感」へのコードを割り当てること。

個人の特定のニーズに関してイノベーションの必要性を明示する言明を除外し、「II-A. 患者のニーズと資源」へのコードを割り当てること。

▶注：CFIR V2では、「患者のニーズと資源」を、「組織のサービス対象者のニーズと資源」に変更する予定です。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
- Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives.** *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.
- Feldstein AC, Glasgow RE: **A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice.** *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008, **34**:228-243.
- Dopson S, FitzGerald L, Fertie E, Gabbay J, Locock L: **No magic target! Changing clinical practice to become more evidence based.** *Health Care Manage Rev* 2002, **27**:35-47.
- Denis JL, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH: **Explaining diffusion patterns for complex health care innovations.** *Health Care Manage Rev* 2002, **27**:60-73.
- Meyer AD, Goes JB: **Organizational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis.** *Acad Manage J* 1988, **31**:897-923.
- Tucker AL, Nembhard I, Edmondson AC: **Implementing New Practices: An Empirical Study of Organizational Learning in Hospital Intensive Care Units.** *Manag Sci* 2007, **53**:894-907.
- Berta WB, Baker GR: **Factors that Impact the Transfer and Retention of Best Practices for Reducing Error in Hospitals.** *Health Care Manage Rev* 2004, **29**:90-97.

I-D

適応性 Adaptability

現場のニーズを満たすために、介入の適応やカスタマイズ、洗練化、見直しが可能である程度。

詳細な説明

適応性は、介入の「中心的要素 core components」(介入そのものの本質的かつ不可欠な要素)と「適応可能な側面 adaptable periphery」(介入および介入が実装される組織に関して、調節できる、すなわち適応可能な要素、構造およびシステム)の定義によって決まります^{[1] [2]}。介入の構成要素の分析により、中心的要素と適応可能な側面を識別することができます^[3]が、介入がより広く普及し、様々な文脈で適応されるようになると、識別は長い時間をかけて試行錯誤しながら行わざるを得なくなることがよくあります^[4]。実際には、複数の文脈で完全に一貫性のある実装を成し遂げる必要性と、現場の施設が必要に応じて介入を適応できるような柔軟性を与えることの間でバランスをとらなければなりません、これはかなり難しいことです^[5]。

中心的要素と適応可能な側面に関する情報は、「忠実度 fidelity」を評価するために利用できます^[6]。中心的要素は研究プロトコルによって定義され、適応可能な側面は施設ごとに異なる要素から構成されます。例えば、コンピュータ化された報告システムには、ユーザーが変更できない基本的中核部がありますが、一方でそのシステムには個々の組織のワークフローに応じて、異なる箇所からアクセスできます。Greenhalghらは、適応性について「あいまいな境界 fuzzy boundaries」および「再発明 reinvention (をもたらず可能性のあるもの)」の要素にまたがって記述しています^[1, pp.596-597]。セッティングに適応するための修正が容易な介入は、実装と正の関連にあります^{[7] [8] [9]}。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションをそれぞれの文脈に適応できる(できない)かどうかに関する言明(例: プロトコルの柔軟性のなさに関する不満)を含めること。改善への提

案を本コードに含めることはできます。ただし、参加者が、変化は必要だがプログラムを適応させることはできないと感じていることが明確な場合に限られます。

除外基準

イノベーションを適応させる必要はなかったという言明は、除外するか「III-D-2. 適合性」へダブルコード化すること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F: **Implementation Research: A Synthesis of the Literature.** Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute; 2005.
- Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S: **A conceptual framework for implementation fidelity.** *Implement Sci* 2007, **2**:40.
- Mendel P, Meredith LS, Schoenbaum M, Sherbourne CD, Wells KB: **Interventions in organizational and community context: a framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research.** *Adm Policy Ment Health* 2008, **35**:21-37.
- Perrin KM, Burke SG, O'Connor D, Walby G, Shippey C, Pitt S, McDermott RJ, Forthofer MS: **Factors contributing to intervention fidelity in a multi-site chronic disease self-management program.** *Implement Sci* 2006, **1**:26.
- Denis JL, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH: **Explaining diffusion patterns for complex health care innovations.** *Health Care Manage Rev* 2002, **27**:60-73.
- Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.
- Rogers E: *Diffusion of Innovations.* 5 edition. New York, NY: Free Press; 2003.
- Leeman J, Baernholdt M, Sandelowski M: **Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice.** *J Adv Nurs* 2007, **58**:191-200.

I-E 試験可能性 Trialability

介入を組織で小規模に試験し、さらに、妥当な場合には、その逆行（実装を取り消すこと）ができること。

詳細な説明

介入を組織で小規模に試験し^[1]、さらに、妥当な場合には、その逆行（実装を取り消すこと）ができること^[2]。試行 trial できることは、plan-do-study-actという質の改善サイクルの重要な特徴で、これにより、ユーザーは協調性を高め、相互に助け合う方法を見つけることができます^[3]。事前テストは個人やグループが経験および専門性を身につけることを可能にするとともに、介入について振り返り、試す時間を与え^{[4][5]}、また（スタッフおよび患者との）ユーザーテストは、介入の適応を成功させるのに役立ちます^[2]。

介入の事前テストが行えることと、効果的な実装は強い正の関連があります^[1]。試行の結果に基づき、組織は完全な実装に進むか、必要に応じて方法の刷新や修正をするかの決定を行うことができます。また、試行を行うことで、組織の他のユニットに対して、ワークフローの混乱を最小限に抑える最適な実装を行うために必要な情報を提供できます。介入が問題を引き起こしたり、効果的でない場合には、ユーザーは介入を中止し、その影響を元に戻せなければなりません^[2]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

施設が過去にイノベーションの試行を行ったかどうか、または将来行う計画があるかどうかに関する言明、および試行を実施することを関係者が（不）可能と考えているかどうかに関する言明を含めること。大規模な実装の前に行う小規模なイノベーションの試行に関する記述、または現場や地域における試行の情報の利用に関する記述を含めること。

- 「私たちがそのような試行を実施するのは不可能です。」
- 「しばらく時間はかかりそうですが、試してみることができるのはわかっています。少なくとも患者さんはフォローアップケアを受けるので、少し助けを借りて2～3人の患者さんと挑戦してみたいと思います。」

除外基準

現場や地域における試行の結果の使用に関する記述は、除外するか「**I-B. エビデンスの強さと質**」へダブルコード化すること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Feldstein AC, Glasgow RE: **A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice.** *Jt Comm J Qual Patient Saf/Joint Commission Resources* 2008, **34**:228-243.
3. Leeman J, Baernholdt M, Sandelowski M: **Developing a theorybased taxonomy of Methods for implementing change in practice.** *J Adv Nurs* 2007, **58**:191-200.
4. Rycroft-Malone JA, Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint).** *Qual Saf Health Care* 2002, **11**:174-180.
5. Kitson A, Harvey G, McCormack B: **Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework.** *Qual Health Care* 1998, **7**:149-158.

I-F

複雑性 Complexity

実装の困難さについての認識（期間、適用範囲、急進性、破壊性、中心性、実装に必要な複雑さと手順数を反映）。

詳細な説明

介入のタイプ（例：行動変容、プラグイン技術など）、期間、適用範囲、急進性、破壊性、中心性、実装に必要な複雑さと手順数を反映した介入の困難さについての認識^{[1][2]}。急進的な介入は、組織活動に根本的变化が生じる大幅な方向転換や非日常的のプロセスが必要であり、従来の慣習からの明確な脱却をもたらします^[1]。複雑性を判断する1つの方法は、「期間」（介入を実施または実装するための一連のサブプロセスや手順数）と「範囲」（意思決定時の選択肢数）を評価することです^[3]。また、介入のターゲットと見込まれる組織単位（チーム、クリニック、部署）や人のタイプ（医療提供者、患者、マネージャー）^[3]の数、および介入が業務の中核的プロセスを変える程度が増加すると、複雑性もまた増加します^[2]。

複雑性を適切に見極め評価することは、意図しない結果を回避できて実装に有益だと考えられます^[3]。介入の複雑性の程度に関するステークホルダーの認識は、効果的な実装に対して負の関連にあります（すなわち、単純な介入の方がより効果的である可能性が高いということです）^{[1][4]}。これは、複雑性の認識がユーザーの満足度および介入の実装時に求められるスピードに影響を与えるためです^[5]。介入を漸進的に実装できること（分割可能性 divisibility と呼ばれることもあります^[2]；「V-C. 実行」を参照）は、複雑性の認識に影響を与えます。

介入のタイプが技術的なもの（例：新しいコンピューターモジュール）であるのか、管理運用上の変化 administrative change（行動変容）であるのかは、複雑性の認識に影響を与えます。技術的介入には、製品購入、パッケージサービス、または自動生産プロセス（例：コンピューター化された受注など）が含まれることがあります。管理運用上の介入は、主として組織の社会構造やプロセスに影響を与えます。大部分の介入は、技術的介入と管理運用上の介入の混合です。技術的介入は目に見えやすい傾向があり、管理運用上の介入は複雑で実装が困難になる傾向があります^[1]。一方、複雑な行動変容介入であっても実装が好意的に行われることがあります。組織が介入について、前もってプロセスの根本的变化として受け入れている場合、その組織は、介入を単なる「プラグイン（差し込み式）」介入とみなす施設に比べて、完全かつ効果的な介入実

装のために必要な行動をとる可能性が高くなります^[6]。Edmondsonらは、実装の効果に影響を与える思考の「技術的枠組み」について記述しています。彼らの研究によれば、新しい心臓外科アプローチに関して、実装があまりうまく行っていない施設は、介入を「プラグイン技術」と見ていたのに対して、良好な実装の効果を得ている施設では、介入を「（手術）チームにとっての根本的变化」とみなしており^[6]、主要ステークホルダーからのより手厚い支援を受けていました（「III-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント」および「エンゲージング：主要ステークホルダー」を参照）。複雑性の程度に関わらず、単純、明確かつ詳細な実装の計画、スケジュール、およびタスク割り当ては、実装の好結果をもたらします^[4]。

▶ 訳者注：CFIR V2では、「エンゲージング」の下位構成概念として、「エンゲージング：主要ステークホルダー」が追加される予定です（「V-B. エンゲージング」を参照）。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションの複雑性に関する言明をコード化すること。

- 「プロセスには非常に多くの要素や部分がありましたが、私たちは段階的に実施したので、前進ができました。」
- 「それは、私たちのチームが協働するあらゆるやり方を変えました。今ではこうした手術におけるワークフローや役割は非常に変わりました。」

除外基準

実装の複雑性に関する言明を除外し、他の適切なCFIRコードを割り当てること（例：空間に関する問題は「III-E-2. 利用可能な資源」へのコード、新しいプログラムへ参加者をエンゲージングすることに関する問題は「エンゲージング：イノベーションの参加者」へのコード）。

▶ 訳者注：CFIR V2では、「エンゲージング」の下位構成概念として、「エンゲージング：イノベーションの参加者」が追加される予定です（「V-B. エンゲージング」を参照）。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives.** *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.
3. Kochevar LK, Yano EM: **Understanding health care organization needs and context. Beyond performance gaps.** *J Gen Intern Med* 2006, **21**(Suppl 2):S25-29.
4. Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.
5. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
6. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.** *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.

I-G

デザインの質とパッケージング

Design Quality & Packaging

介入がうまくまとめられており、提示、組立てが優れていることに関する認識。

詳細な説明

介入がうまくまとめられており、提示、組立ての方法が優れていること^[1]。本構成概念はGreenhalghらのモデルには含まれていませんが、GrolとWensingによるイノベーション特性のリストには含まれています^[2]。パッケージングは、介入をまとめ、提示し、組立てる方法や、ユーザーにおける介入の利用しやすさの程度と関連しています。(訳者注：パッケージングの)構成要素がユーザーにとって利用しやすければ、新しい介入の実施が促進されます^[3]。信頼できない、またはデザインが完全でない介入は、成功できないでしょう^[1]。ユーザーに介入の質が悪いと認識されると、従業員の満足度と介入の実施に良くない結果が生じます^{[1][4]}。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

資材およびパッケージングの質に関する言明を含めること。

- 「カテーテルを挿入するための新しいドレープを使用する承認を得ましたが、実際にドレープをIVキットに同梱するのに1年以上かかりました。」
- 「データはそこに入っていますが、報告用モジュールが作動しません。」

- 「アイデアは良かったのですが、財務部門の人が買いに行っても一番安いバージョンのものを購入してしまったため、結局半分を捨てる羽目になりました。」

除外基準

資材の有無に関する言明を除外し、「Ⅲ-E-2. 利用可能な資源」へのコードを割り当てること。

エンゲージメント戦略としての、資材の受け入れに関する言明を除外し、「V-B. エンゲージング」へのコードを割り当てること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
2. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives.** *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.
3. Graham ID, Logan J: **Innovations in knowledge transfer and continuity of care.** *Can J Nurs Res* 2004, **36**:89-103.
4. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.

I-H 費用 Cost

介入に要する費用、および投資、供給、機会費用を含む介入の実装に関連する費用。

詳細な説明

介入の費用および介入実装に関連する費用(訳者注: 金銭的な費用以外も含む)は、実装と負の関連があります^{[1][2]}。本構成概念を、「Ⅲ-E-2. 利用可能な資源」と区別することが重要です。多くの文脈において費用は捉え難く、利用可能な資源の方が実装により直接的な影響を与えます。

質的コードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションの費用に関する言明を含めること。

除外基準

金銭、物理的な空間、および時間に関する言明を除

外し、「Ⅲ-E-2. 利用可能な資源」へのコードを割り当てること。

量的な測定

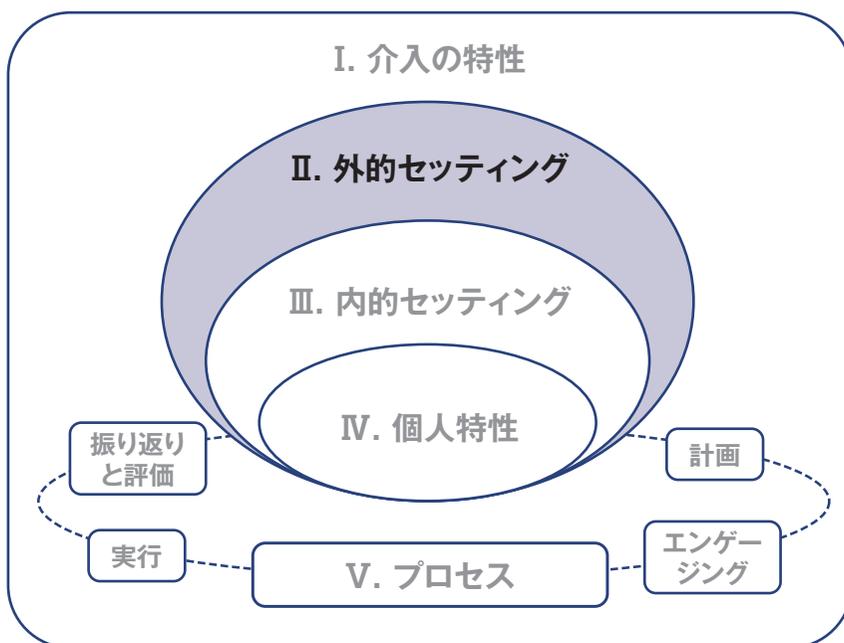
実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Graham ID, Logan J: **Innovations in knowledge transfer and continuity of care.** *Can J Nurs Res* 2004, **36**:89-103.
2. Teplensky JD, Pauly MV, Kimberly JRH, Alan L., Schwartz JS: **Hospital adoption of medical technology: an empirical test of alternative models.** *Health Serv Res* 1995, **30**:437(429).

II

外的セッティング Outer Setting



解説（訳者により追加）

介入を実施する組織が置かれた経済的、政治的、社会的文脈のこと^[1]。

文献

1. 木原雅子, 加治正行, 木原正博(訳): 健康行動学—その理論、研究、実践の最新動向—. 東京: メディカルサイエンスインターナショナル; 2018. (原文)Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds.): *Health behavior: theory, research, and practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.

II-A

患者のニーズと資源 Patient Needs & Resources

患者のニーズ、およびそれらのニーズを満たすための阻害要因と促進要因が、組織によって正確に把握され、優先順位付けがなされている程度。

詳細な説明

患者のニーズ、およびそれらのニーズを満たすための阻害要因や促進要因が、組織によって正確に把握され、優先順位付けがなされている程度。患者の健康と幸福の改善がすべての保健医療 healthcare entities の使命であることは明らかなことであり、組織がより患者中心となるよう多くの要請がなされてきました^[1]。患者中心の組織では、変化を効果的に実装する可能性が高くなります^[2]。研究知見の採用 research uptake や実施に関する多くの理論において、患者特性を把握することの重要性が認識されており^{[3][4][5]}、患者のニーズと資源への配慮は、患者のアウトカム向上に努めるあらゆる実装にとって不可欠であるはず^[1]。PRISM (The Practical, Robust Implementation and Sustainability Model) のモデルは、患者がどの程度組織のプロセスおよび意思決定の中心となっているかについて、評価の指針となる6つの要素を詳述しています。すなわち、①患者に選択肢が提供されていること、②患者の問題に対処がなされていること、③プログラムを構成する要素間の移行がスムーズであること、④複雑性と費用が最小限に抑えられていること、⑤サービスや利用しやすさに対する患者の満足度が高いこと、⑥患者がフィードバックを受け取っていること^[3]。

上述の通り、研究結果の採用や実施に関する多くのモデルと理論において、患者特性を把握することの重要性は強く認識されており^[5]、これがなければ、実装の効果はより少なくなると考えられています^{[4][6]}。質の改善に関する文献でも、顧客（患者）中心の意識を強くもつことが、質の改善の取り組みを進める上で不可欠な「中心的特性 core property」であると認めています^{[1][7]}。エビデンスに基づく実践を行っている組織ほど、患者とのやりとりの経験から得られた看護師の知識をより信頼していました^[8]。効果的な実装は、患者の変化への準備性に応じたツールやアドバイスを組織がどの程度提供するか、また患者の活動性および自律性を高める選択肢をいつ提示するかによって、ある程度予測ができます^[3]。組織がどの程度「患者中心性 patient-centeredness」を達成できるかは、「内的セッティング」の要素（例：「III-D-5. 目標とフィードバック（目標とフィードバックが患者ニーズに合致する程度）」、「III-D-2. 適合性（患

者支援を目的とする介入が、スタッフの価値観および介入に付与された意義と合致する程度)」) を評価することによって判断できます。患者満足度に注意を向けることは常に、チームの有効性 team effectiveness をより強く認識することにつながり、さらには組織で実装される変化の数と深みに影響を与えます^[2]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

（訳者注：患者などの）組織のサービス対象者 those served by the organization のニーズと資源に対する認識（の欠如）を明示する言明を含めること。分析者は、以下の言明に基づいて認識のレベルを推測することができます：①サービス対象者のニーズに基づいたイノベーションの必要性に関する認識、およびイノベーションがそのニーズを満たすかどうか、②サービス対象者がイノベーションに参加する際の阻害・促進要因、③イノベーションに対する参加者のフィードバック（プログラムの満足度および成功）。

さらに、サービス対象者のニーズと資源に対する認識が、イノベーションの実施または適応に影響を与えるかどうかに関する言明を含めること。

▶訳者注：CFIR V2では、「患者のニーズと資源」は「組織のサービス対象者のニーズと資源」に変更される予定です。従って、ここでいう「患者」には、実装の内容に応じて、「住民」や「利用者」なども含まれます。

除外基準

イノベーションの強い必要性を明示する（しない）、もしくは現在の状況を支持できないという言明（例：イノベーションが必要不可欠である、イノベーションは他のプログラムと重複しているなど）を除外し、「III-D-1. 変化への切迫感」へのコードを割り当てること。

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明（例：イノベーションの参加者がエンゲージメントすることになった経緯）を除外し、「エンゲージング：イノベーションの参加者」へのコードを割り当てること。

▶訳者注：CFIR V2では、「エンゲージング」の下位構成概念として、「エンゲージング：イノベーションの参加者」が追加される予定です（「V-B. エンゲージング」を参照）。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Institute of Medicine: *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, Pearson ML, Wu SY, Mendel P, Cretin S, Rosen M: **The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care**. *Med Care* 2004, **42**:1040-1048.
3. Feldstein AC, Glasgow RE: **A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice**. *Joint Commission journal on quality and patient safety/Joint Commission Resources* 2008, **34**:228-243.
4. Rycroft-Malone JA, Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint)**. *Quality and Safety in Health Care* 2002, **11**:174-180.
5. Graham ID, Logan J: **Innovations in knowledge transfer and continuity of care**. *Can J Nurs Res* 2004, **36**:89-103.
6. Kitson A, Harvey G, McCormack B: **Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework**. *Qual Health Care* 1998, **7**:149-158.
7. Ferlie EB, Shortell SM: **Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change**. *Milbank Q* 2001, **79**:281-315.
8. Squires JE, Moralejo D, Lefort SM: **Exploring the role of organizational policies and procedures in promoting research utilization in registered nurses**. *Implement Sci* 2007, **2**:17.

II-B コスモポリタニズム Cosmopolitanism

組織が他の外部組織とネットワークで結ばれている程度。

詳細な説明

非公式の組織間ネットワークは、組織がどの程度外部とネットワークで結ばれているか、すなわちコスモポリタニズムの程度を示します^[1]。外部との境界連結 boundary spanning（訳者注：組織の境界をまたいだネットワークのこと）の役割を支援、後押しする組織は、新たな実践を迅速に実装する可能性が高くなります^{[1] [2] [3] [4] [5] [6]}。専門家グループとの活発な活動、重要な文献と研究成果に関する最新情報の把握、スキルのアップデート、外部での研修機会の提供などは、実装と関連があります^[7]。専門的な知識は通常、境界連結活動、自信、現状を乗り越えるためのコミットメントが高まることにより生じます^[8]。介入の優位性が明確になるまでは、コスモポリタニズムと実装の間には負の関連があります^{[1] [9]}。しかし、ひとたびイノベーションが規範として公式または非公式ネットワークの他者から受け入れられると、その関連は正の関連に転じます（「II-C. 同業者からの圧力」を参照）^[1]。Greenhalghらは、これを外部との境界連結（内部の境界連結を担う人については「III-B. ネットワークとコミュニケーション」に記載）と呼び、非公式の組織間ネットワークの下でのコスモポリタニズムの側面を記述しています。いくつかの研究は、組織の外側と内側の関係性を調査し、「コスモポリタニズム」および「ネットワークとコミュニケーション」の両方を「内的セッティング」に当てはめています。ソーシャル・キャピタル social capital は、社会的相互作用の質および程度を説明するためにしばしば用いられる用語の1つです。ソーシャル・キャピタルの側面には、信頼、共通のビジョン、および情報共有があります。ソーシャル・キャピタルは、①同じ施設内のグループ内部の行動をみる内部結束のソーシャル・キャピタル internal bonding social capital と、②施設外部の人やグループとのつながりをみる外部橋渡しのソーシャル・キャピタル external bridging social capital に分けることができます。各個人と、組織内および組織外双方の他者との関係性は、その個人のソーシャル・キャピタルです。同様に、組織内の個人の関係性が集積したネットワークは、組織のソーシャル・キャピタルです^{[2] [10] [11] [12]}。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

外部のグループのメンバー、および組織外部のネットワークに関する記述を含めること。

- 「私はADA（訳者注：American Diabetes Association）のメンバーで、年に1回程度学会に行きます。」
- 「ネットワークは私にとって非常に重要で、多くのアイデアを得ます。」
- 「私は地方支部の委員長です。」
- 「私の部署は毎年、私たちそれぞれの費用を負担して学会に参加させます。」

除外基準

会議、電子メールグループ、他の連絡・通知方法に関する言明など、組織内の一般的なネットワーク、コミュニケーション、関係性に関する記述を除外し、チームの体制、質および機能に関する言明は「III-B. ネットワークとコミュニケーション」へのコードを割り当てること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Brehem J, Rahn W: **Individual Level Evidence for the Causes and Consequences of Social Capital.** *American Journal of Political Science* 1997, **41**:999-1023.
3. Barnsley J, Lemieux-Charles L, McKinney MM: **Integrating learning into integrated delivery systems.** *Health Care Manage Rev* 1998, **23**:18-28.
4. Kimberly JR, Evanisko MJ: **Organizational innovation: the influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations.** *Acad Manage J* 1981, **24**:689-713.
5. Aiken M, S.B. Bacharach, J.L. French : **Organizational Structure, Work Process, and Proposal making in Administrative Bureaucracies.** *The Academy of Management Journal* 1980, **23**:631-652.
6. Baldrige JV, Burnham RA: **Organizational Innovation: Individual, organizational and environment impacts.** *Adm Sci Q* 1975, **20**:165-176.
7. Simpson DD, Dansereau DF: **Assessing Organizational**

- Functioning as a Step Toward Innovation.** *NIDA Science & Practice Perspectives* 2007, **3**:20-28.
8. Damanpour F: **Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators.** *The Academy of Management Journal* 1991, **34**:555-590.
 9. Burns LR, Wholey DR: **Adoption and Abandonment of Matrix Management Programs: Effects of Organizational Characteristics and Interorganizational Networks.** *Acad Manage J* 1993, **36**:106-138.
 10. Gladwell M: *The Tipping Point.* New York, NY: Little, Brown and Company; 2000.
 11. Gittel R, Vidal V: *Community Organizing: Building Social as a Development Strategy.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1998.
 12. Leana CR, Pil FK: **Social Capital and Organizational Performance: Evidence from Public Schools.** *Organization Science In Press*, **17**:353-366.

II-C 同業者からの圧力 Peer Pressure

介入を実装するための模倣的または競争的な圧力。典型的には、大部分の、または他の主要な仲間組織あるいは競合組織がすでに実装を行っているか、競争優位に立とうとしていることによるものである。

詳細な説明

「同業者 peer」とは、組織がある程度類似性を感じる外部の存在、または組織内の一定レベルの競争相手を指します（例：市場内の競争相手、つながりがある他の病院）。実装に対する圧力は、出遅れて採用する late-adopting 組織でとりわけ強いかもしれません^[1]。

特に外部に開かれたコスモポリタン cosmopolitan な組織においては、患者が必要としているかどうか、もしくは、認識された課題への対応となっているかどうかとは無関係に、介入採用に対する圧力が組織での採用と実施に影響を与えるという強力かつ直接的なエビデンスがあります^[2]。極めて競争的な市場では、組織が新たな介入を実装する可能性は高くなります^[3]。他の組織、または同じ組織の他部門の競争相手や仲間が皆イノベーションを実施していると、人は自分たちも同じようにせざるを得ないと感じます。これは、「模倣的な圧力 mimic pressure」または「組織間の規範形成 inter-organizational norm-setting」と呼ばれます^[2]。圧力は採用の決定に直接影響を与えますが、個々のステークホルダーが外部組織や個人の動向に同調することで、実装に徐々に影響を与える場合もあります。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションを実装する地域またはシステムにおける、他の存在または組織からの圧力の認識やモチベーションに関する言明を含めること。

- 「私は学会に行って [著名な医師による] [イノベーションについての] 話を聞いたので、戻ってきてここでもイノベーションを実装させようと努力したんです。」
▶注：この言明は「I-B. エビデンスの強さと質」とダブルコード化することも可能です。
- 「私たちの地域の他のクリニックすべてがこれを実施しているので、私たちのクリニックでも実施することを確認しておきたいのです。」
- 「私たちの施設のシステムは、他の施設よりはるかに遅れています。」

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Walston SL, Kimberly JR, Burns LR: **Institutional and economic influences on the adoption and extensiveness of managerial innovation in hospitals: The case of reengineering.** *Med Care Res Rev* 2001, **58**:194-228. discussion 229-133.
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
3. Frambach RT, Schillewaert N: **Organizational innovation adoption: a multi-level framework of determinants and opportunities for future research.** *Journal of Business Research* 2001, **55**:163-176.

II-D 外的な施策やインセンティブ External Policy & Incentives

介入を広めるための、外的な戦略を含む幅広い構成概念（[政府またはその他の中央機関の] 施策や規制、外部からの命令、勧告とガイドライン、成果払い、外部組織との協働、公的またはベンチマーク報告を含む）。

詳細な説明

介入を広めるための、外的な戦略を含む幅広い構成概念（[政府またはその他の中央機関の] 施策や規制、外部からの命令、勧告とガイドライン、成果払い、外部組織との協働、公的またはベンチマーク報告を含む）^[1]。

指令 directives の概念はときに外部組織との協働などの拡散戦略として組み込まれるため、我々は政策的指令 political directives を（訳者注：Greenhalghらが述べる）意図的な拡大戦略 intentional spread strategies に統合しました。Greenhalghらは「政策的指令」について「政策の「圧力」 policy 'push」と「外部の命令 external mandates」を含めており、それらが組織の実装に対するモチベーション（能力 capacity ではない）を高めるという強い（直接的または間接的な）エビデンスを引用しています^[2, p.610]。ガイドラインおよび公的報告の影響に関するエビデンスはまれで、はっきりとしたものではありません。公に報告することへの恐れまたは現実も、競争相手に比べて悪く見えないように、組織、とりわけ出遅れて採用する組織 late-adopters が介入を実装するモチベーションを高めず。しかし、報告機関と標的組織とが敵対関係にある場合、公的報告にはマイナスの影響もあります。このような文脈では、人々は真に積極的な実装をするというより、取りつくろう（迎合的な実装）^[3]か、表面的な実施 box-checking に専念するようになります。メンバーがより効力のある要素を準公的報告やガイドラインに加えようと協力し合えば、実装の成功を促進する場合がありますが、形式的な質の改善の協働をする際の効果はまちまちです^[2]。協働は通常、新たな実践や製品の实装とともに、仲間に対してもベンチマークの機会を提供します。実装に影響を与えるもう1つの外部の力として、組織外で管理される払い戻しシステムや他のインセンティブ（通常は金銭的なもの）があります^[4]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

システム外からの成果指標 performance measures に関する記述を含めること。

- 「監督者は、私たちが新たな実践を共同していかうまく順守しているかに関する報告を読んで本当に刺激を受けました。」
- 「地元の新聞が感染率の報告を始めたので、上層部は我々の感染率を下げるよう本気で圧力をかけ始めました。」
- 「これはA1勧告であるため、重症管理委員会は私たちには変化が必要だと言いました。」
- 「このリーダーみんなが気にかけているのは、自分たちの成果測定を行うことですが、このプログラムに対する成果指標はありません。」

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

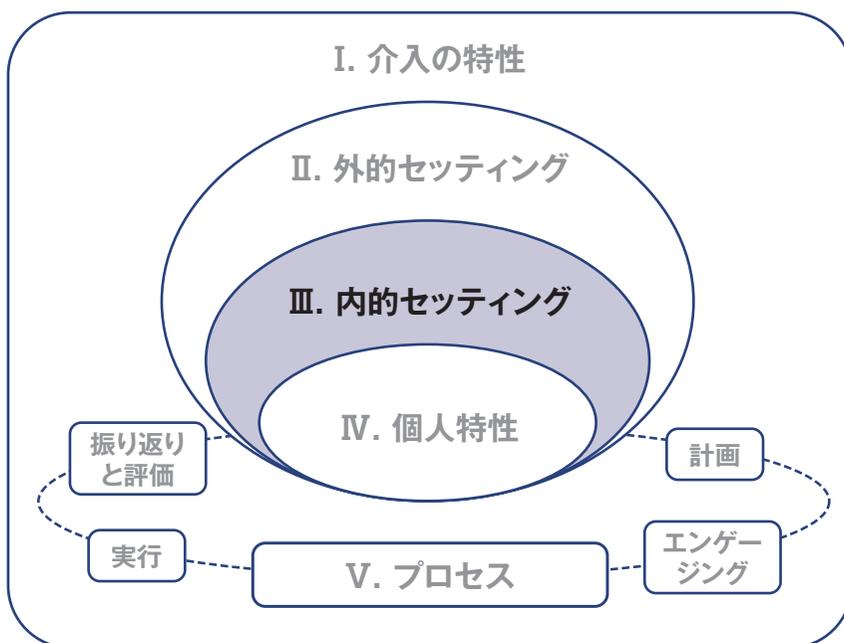
実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Mendel P, Meredith LS, Schoenbaum M, Sherbourne CD, Wells KB: **Interventions in organizational and community context: a framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research.** *Adm Policy Ment Health* 2008, **35**:21-37.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
- Klein KJ, Sorra JS: **The Challenge of Innovation Implementation.** *The Academy of Management Review* 1996, **21**:1055-1080.
- Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives.** *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.



内的セッティング Inner Setting



解説（訳者により追加）

介入を実施する組織内部の構造的、政治的、文化的文脈のこと^[1]。内的セッティングは、実装の背景としてだけではなく、実装と盛んに相互作用する場としてますます認識されつつあります^[2]。

文献

1. 木原雅子, 加治正行, 木原正博(訳): *健康行動学—その理論、研究、実践の最新動向—*. 東京: メディカルサイエンスインターナショナル; 2018. (原文)Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds.): *Health behavior: theory, research, and practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
2. Dopson S, Fitzgerald L: **The active role of context**. In Dopson S, Fitzgerald L(eds.): *Knowledge to action? Evidence-based health care in context*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2006.

III-A

構造特性 Structural Characteristics

組織の社会構造、年数、成熟度、および規模。

詳細な説明

組織の社会構造は、人々が小さなグループにどのように区分され、それぞれのグループの個別の行動がいかに調整され全体として統合された製品やサービスを生み出すかを示しています^[1]。構造特性は概して量的に測定されるもので、多くの測定尺度や方法が開発されています。Damanpourは、保健医療分野以外で実施された23の研究をもとに、多くの構造的決定要因についてメタアナリシスを行いました^[2]。その決定要因の1つである機能分化 functional differentiation は、専門家のまとまりをユニットに分ける、組織内の労働分担です。ユニットまたは部門の数は、組織内の知識の多様性を表しています。チームが安定する（メンバーが適切な期間チームにとどまることができ、離職率が低い）ほど、実装が成功する可能性は高くなります^[3]。また管理職の密度（全従業員に対するマネージャーの割合）は、イノベーションと正の関連があります^[2]。中央集権化（意思決定の自律性が中央に集中）は、イノベーションと負の関連にあることが示されてきましたが^[2]、介入のステージ（初期ステージか実施のステージか）により、正にも負にも関連することがわかってきました^[4]。規模、年数、成熟度、および特殊化（組織の製品またはサービスのニッチ性や市場のユニークさ）の程度も実装に影響を与えます^[5]^[6]。

Damanpourの組織のイノベーションに関する研究は影響力が大きく、構造特性がもつ役割は多くの支持を得ました^[2]。組織のイノベーションには、イノベーションの創出や進展とともに、イノベーションの実装が含まれます。我々は、組織のイノベーションの重要な構成要素の1つとして、知見を実装にまで拡張します。構造特性のいくつかの要素は、実装と重要な関連があることがわかってきました。しかし、これらの特性の多くは、組織の他の特徴と相互作用すると考えられることから、これまで示されてきた効果はまちまちです^[7]。すでに述べたように、機能分化は、専門家のまとまりをユニットに分ける、組織内の労働分担のことです。ユニット／部門の数は、組織内の知識の多様性を表しています。知識の基盤が増え、専門化の程度（組織内の異なる職業類型または専門分野の数）は、変化の実装と正に関連するようになります^[8]。意思決定に参加する部門の数は、効果的な実装と正の

関連にあります^[2]^[5]^[9]^[10]。垂直的統合の程度（部門またはユニット内の階層レベルの数）と実装との関連はまちまちです^[2]^[9]^[11]。組織の規模は、ときに他の構造的決定要因の代わりとして用いられます。組織が大きくなり古くなり、その結果、官僚的な構造が増すと、組織の規模と年数はともに実装と負の関連になります^[12]^[13]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

現在、基準は記載されていません。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Thompson J, Scott W, Zald M: *Organizations in Action: Social Science Bases of Administrative Theory*. Edison, NJ: Transaction Publishers; 2003.
2. Damanpour F: **Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators**. *The Academy of Management Journal* 1991, **34**:555-590.
3. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals**. *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.
4. Dewar RD, Dutton JE: **The Adoption of Radical and Incremental Innovations: An Empirical Analysis**. *Management Science* 1986, **32**:1422-1433.
5. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations**. *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
6. Pugh DS, Hickson DJ, Hinings CR, C.Turner: **Dimensions of Organization Structure**. *Adm Sci Q* 1968, **13**:65-105.
7. Frambach RT, Schillewaert N: **Organizational innovation adoption: a multi-level framework of determinants and opportunities for future research**. *Journal of Business Research* 2001, **55**:163-176.
8. Kimberly JR, Evanisko MJ: **Organizational innovation: the influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations**. *Acad Manage J* 1981, **24**:689-713.
9. Aiken M, S.B. Bacharach and J.L. French: **Organizational Structure, Work Process, and Proposal making in Administrative Bureaucracies**. *The Academy of Management Journal* 1980, **23**:631-652.
10. Baldrige JV, Burnham RA: **Organizational Innovation: Individual, organizational and environment impacts**. *Adm Sci Q* 1975, **20**:165-176.
11. Hull FM, Hage J: **Organizing for innovation: Beyond Burns and**

Stalker's organic type. *Sociology* 1982, **16**:564-577.

12. Walston SL, Kimberly JR, Burns LR: **Institutional and economic influences on the adoption and extensiveness of managerial innovation in hospitals: The case of reengineering.** *Med Care*

Res Rev 2001, **58**:194-228; discussion 229-133.

13. Van de Ven AH: **Central Problems in the Management of Innovation.** *Management Science* 1986, **32**:590-607.

III-B ネットワークとコミュニケーション Networks & Communications

社会的ネットワーク網の性質と品質、および組織内の公式・非公式なコミュニケーションの性質と品質。

詳細な説明

組織変化 organizational change に関する研究では、組織構造の還元主義的な測定にとどまらず、介入実装においてネットワークとコミュニケーションがもつ複雑な役割が目立ってきています^[1]。個人、ユニット、サービス、および階層間のつながりは、強い場合も弱い場合も、公式な場合も非公式な場合も、明白である場合も漠然としている場合もあります。ソーシャル・キャピタル social capital の概念は、関係性の質および範囲を表しており、また、ビジョンや情報の共有という側面も含んでいます。ソーシャル・キャピタルの構成要素の1つとして、同じ組織内における個人間の内部結束 internal bonding があります^[2]。複雑性理論 complexity theory では、個人間の関係性は個人の特性より重要であることを前提としており^[3]、個人間の関係性を築くことが実装に正の影響を与えます^[4]。これらの関係性は、実装に有効性をもたらす「チームとしての一体感」や「共同体感覚」という形で現れます^[5]。さらに、チームが安定する（メンバーが適切な期間チームにとどまることができ、離職率が低い）ほど、実装が成功する可能性は高くなります^[5]。

組織の構造にかかわらず、組織全体のコミュニケーションが重要であることは明白です。米国の病院におけるセンチネル・イベント（警鐘事例）の大部分に、コミュニケーションの失敗が関与しています^[6]。秩序だった質の高いコミュニケーションは、効果的な実装に寄与します^[7]。具体的には、居場所感（良好な同化）、仲間の協力、仲間同士および上下関係を越えた率直なフィードバックと評価、使命と目標を明確に伝えること（「III-D-5. 目標とフィードバック」を参照）、スタッフ間の団結、日常的な（非公式な）コミュニケーションの質などはいずれも効果的な実装に寄与します^[7]。

CFIRの「ネットワークとコミュニケーション」は、Greenhalghらの組織構造、組織内コミュニケーション、組織内ネットワークを含む複数領域を統合しています^[2]。公式の構造、非公式のネットワーク、および効果的なコミュニケーションの間の相互作用についてはほとんどわかっていません。このため、我々は研究者が社会的ネットワーク^[8]や複雑性^{[1][9]}の理論などの代替理論を探る演繹的アプローチを広く自由に

行えるよう、これらの概念を1つの構成概念に統合します。本構成概念は、他のどの構成概念と比べても、より現実的な研究アプローチを必要とし、私たちがネットワークとコミュニケーションの役割、特に本構成概念がどのように他の構成概念と相互関連しているかについて理解を深めるまでは、構成主義的分析アプローチ^[10]が中心になります。Greenhalghらは、組織内コミュニケーション、組織内ネットワーク、内部での境界連結 boundary spanning、および組織構造が実装に中程度または強度の影響を与えると述べています^[2]。部門や専門性を越えた協調は、個人の協力意思に全面的に関わる「複雑に絡みあう権力や潜在的・顕在的に表れる影響力」を弱めることができるため、効果的な実装に不可欠です^[11, p.233]。複雑性理論の中心的原理は、個人およびユニットの行動は肯定的であれ否定的であれ、予測可能および予測不可能な形で実装に影響を与えるという考えに行き着きます^[12]。組織内にある伝統的な組織間の境界を橋渡しして統合することは、患者ケアで変化を推進する際の5つの重要な要素の1つとなっています^[13]。すでに述べたように、個人、ユニット、サービス、および階層間のつながりは、強い場合も弱い場合も、公式な場合も非公式な場合も、明白である場合も漠然としている場合もあります。医師および看護師は、職種やユニットを越えた協働や情報共有を必要とする日常業務の（および役割の）変化に苦勞するかもしれません^[14]。明確に役割を定義しておくこと（例：医師および非医師の役割）は、実装にプラスの影響を与えます^{[15][16]}。PARHiSモデルは、物理的、社会的、文化的、構造的、およびシステムにおける境界を明確に定義しておくことが研究知見の採用 research uptake に役立つとしています^{[17][18]}。チームワークは、質の改善への取り組みの実装に不可欠な「中心的特性」であると強調されています^[19, p.287]。他者との関係性、チームワーク、および権力と権威構造は、いずれもネットワークとコミュニケーションの一部であり、実装に影響を及ぼします^{[17][18]}。

非公式で強力な水平（ヨコの）ネットワークは、（訳者注：実装の）採用 adoption と正の関連にあります（例：医師は同僚からの情報拡散に影響を受けやすい）^[2]。第一線で働くチームや個人に意思決定を委ねることができるため、強力な組織内コミュニケーションは、実装と正の関連があります^{[2][20]}。強力なコミュ

ニケーションには、情報にアクセスできること（「Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス」を参照）、十分に情報を得ていること、および介入に関する目標を理解していることが含まれ、すべてが実装の成功に寄与します^[21]。垂直的（タテの）および公的なネットワークも実装と正の関連にあります（例：看護師は権威の決定に最も影響を受けます）^[2]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

会議、電子メールグループ、他の連絡・通知方法に関する言明などといった、組織内の一般的なネットワーク、コミュニケーション、および関係性に関する記述、ならびにチームの体制、質、および機能に関する言明を含めること。

- 「これを進めるために義肢装具士や理学療法士と協力しました。」
- 「義肢装具士の人々は私たちが必要とする物品を注文しようとしません。彼らにとっては患者を助けることよりもルールの方が大事なのです。」
- 「私は上司と素晴らしい関係を築いています。彼女は私の状況を聞いて、これを入手する手助けをしてくれましたし、私たちは定期的にミーティングを行っています。」
▶注：これを「Ⅲ-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント」とダブルコード化することも可能です。
- 「何かをしてもらいたいなら、非公式に頼むのが一番です。私はもっぱらメールをするか電話します。」
- 「私は何かをしてもらうために公式のコミュニケーションは使いません。必要な書類が多過ぎて何も進まないからです。こっそり処理するほうが良いです。」
- 「私たちは、最初はお互いのことをほとんど知りませんでしたでしたが、今では本当のチームです。時々一緒に夕食にも行きますよ。」

除外基準

実装のリーダー、およびプログラム使用に関する知識や情報（プログラムの仕組みに関する研修）へのユーザーのアクセスに関する言明を除外し、「Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス」へのコードを割り当てること。

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明（例：主要ステークホルダーがイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯、彼らの実装における役割）を除外し、「エンゲージング：主要ステークホルダー」へのコードを割り当てること。

外部グループのメンバー、および組織外のネットワークに関する記述を除外し、「Ⅱ-B. コスモポリタニズム」へのコードを割り当てること。

▶訳者注：CFIR V2では、「エンゲージング」の下位

構成概念として、「エンゲージング：主要ステークホルダー」が追加される予定です（「Ⅴ-B. エンゲージング」を参照）。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステマティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Fitzgerald LA, van Eijnatten FM: **Reflections: Chaos in organizational change.** *Journal of Organizational Change Management* 2002, **15**:402-411.
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
3. Plsek PE, Wilson T: **Complexity, leadership, and management in healthcare organisations.** *BMJ* 2001, **323**:746-749.
4. Safran DG, Miller W, Beckman H: **Organizational dimensions of relationship-centered care. Theory, evidence, and practice.** *J Gen Intern Med* 2006, **21**(Suppl 1):S9-15.
5. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.** *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.
6. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA, Needham DM, Sexton JB, Thompson DA, Lubomski LH, Marsteller JA, Makary MA, Hunt E: **Creating high reliability in health care organizations.** *Health Serv Res* 2006, **41**:1599-1617.
7. Simpson DD, Dansereau DF: **Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation.** *NIDA Science & Practice Perspectives* 2007, **3**:20-28.
8. Scott J: *Social Network Analysis: A Handbook.* 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.
9. Burnes B: **Complexity theories and organizational change.** *International Journal of Management Reviews* 2005, **7**:73-90.
10. Lincoln YS, Guba EG: **Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences.** In Denzin NK, Lincoln YS (eds.): *The Landscape of Qualitative Research: Theories and Issues.* 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2003: 253-291.
11. Feldstein AC, Glasgow RE: **A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice.** *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008, **34**:228-243.
12. Fitzgerald LA: **Chaos: the lens that transcends.** *Journal of Organizational Change Management* 2002, **15**:339-358.
13. VanDeusen Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charns MP: **Transformational change in health care systems: An organizational model.** *Health Care Manage Rev* 2007, **32**:309-320.
14. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
15. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: **Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2.** *JAMA* 2002, **288**:1909-1914.
16. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: **Improving primary care for patients with chronic illness.** *JAMA* 2002, **288**:1775-1779.
17. Kitson A, Harvey G, McCormack B: **Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework.** *Qual Health Care* 1998, **7**:149-158.
18. Rycroft-Malone J, A., Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint).** *Quality and Safety in Health Care* 2002, **11**:174-180.
19. Ferlie EB, Shortell SM: **Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change.** *Milbank Q* 2001, **79**:281-315.
20. Meyers PW, Sivakumar K, Nakata C: **Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications.** *Journal of Product Innovation Management*

1999, **16**:295-311.
21. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L:
Determinants of implementation effectiveness: adapting a

framework for complex innovations. *Med Care Res Rev* 2007,
64:279-303.

Ⅲ -C 文化 Culture

組織の規範、価値観、および基本的な前提。

詳細な説明

組織の規範、価値観、および基本的な前提^[1]。変化への取り組みの多くは、業務内容、構造や行動などといった、組織の目に見える客観的な側面を対象としています。これら多くの変化への取り組みがなされているにもかかわらず、失敗してしまう理由としてよく言われることは、目に見えにくい組織の前提や考え、すなわち文化を変えることができていないからというものです^[2]。文化の定義が比較的狭い研究者もいれば、内的セッティングに関連するほとんどすべての構成概念を含める研究者もいます。「風土」の概念については次のセクションで焦点を当てます。「文化」と同様に、風土も定義に一貫性がないという問題を抱えています。文化と風土は、使用される定義によって、研究間で互換性があることもあります^[3]。最近のレビュー研究では、組織風土について54の異なる定義が見つかりました^[1]が、同様に文化についても数多くの定義が存在します^[3]。文化はしばしば、比較的安定し、社会的に構築され、無意識的であるとみられています^[3]。CFIRはこの観点を採用し、概して漠然として包括的である文化のうち、局所的でより明白に現れたものを風土として区別しています^[1]。風土はチームやユニットごとに異なる可能性のある現象であり、通常、文化に比べて時が経つにつれ変化してゆくものです。

用法や定義が様々であるにもかかわらず、「文化」をCFIRに含めることにしたのは、実装に大きな影響を与えることが示されているからです^{[4] [5]}。従業員は組織の文化を新たなメンバーに伝えていき、伝わった文化は従業員の互いへの関わり方（「Ⅲ-B. ネットワークとコミュニケーション」を参照）や職場環境に大きな影響を及ぼすようになります^[5]。ほぼすべての変化への取り組みは、業務内容や構造、プロセスなどといった、組織の目に見える客観的な側面を対象としています。これら多くの変化への取り組みがなされているにもかかわらず失敗してしまう理由としてよく言われることは、目に見えにくい組織の前提や考え、文化を変えることができていないからというものです^[2]。理論家は、新しい知識の活用や技術的介入の実装をするうえで、組織文化が最も重大な阻害要因の1つであると言います。文化は、内的セッティングの重要な要素なのです^{[6] [7]}。文化は個人から情報を引き出すことによって調べられ、その後、（個人から集め

られた）情報はチームやユニット単位で、そして組織全体のものとして統合されます（もっともこの方法は、様々なレベルの人やネットワークが極めて流動的に混ざり合った後、文化がどのように定義されるかを説明するには不十分で還元主義的であるのは確かです）。次の段落では、測定方法の1つである、保健医療分野で用いられてきた競合価値観フレームワーク（Competing Values Framework：以下CVF）について記述します^[4]が、この方法は退役軍人省（Veterans Affairs：VA）で用いられてきたものの、成果にはばらつきがありました^[5]。しかし、我々はどれか特定の方法を信奉しているわけではありません。ここでCVFについて述べるのは、保健医療分野においてCVFの使用頻度が高いためです。

CVFは、もともとはQuinnとRohrbaughによって開発された^[8]、文化への「可変的定義」アプローチ、すなわち、文化の複雑な動態の鍵となる側面を捉えようとする量的尺度の一例です。文化の評価はしばしば、非管理職ではなく組織の幹部リーダーから得ることができます。CVFは、2つの次元（軸）に沿って組織の特徴を表しているもので、それぞれすべての組織が効果的に機能するために解決すべき基本的な課題を示しています。競合価値観の1つ目の軸は、どの程度、プロセスの中央管理を重視するか、それとも組織の分散化や柔軟性を重視するか、という度合いです。競合価値観の2つ目の軸は、組織における内部の環境やプロセスを重視しているか、外部の環境や外部組織との関係性を重視しているのか、のトレードオフです。ここから以下のような4つの組織文化の原型が現れます：すなわち、①チーム文化 team culture（訳者注：家族文化）[内部重視と高い柔軟性（すなわち個人的）]、②階層文化 hierarchical culture（訳者注：官僚文化）[内部重視と高い管理性（すなわち形式化および構造化）]、③起業家的文化 entrepreneurial culture（訳者注：イノベーション文化）[外部重視と高い柔軟性（すなわちダイナミックで起業家的）]、および④合理的文化 rational culture（訳者注：マーケット文化）[外部重視と高い管理性（すなわち生産志向）]です^{[4] [5]}。上記の「原型」は、互いに排他的なものではありません。ある研究では、CVFの文化は、医療機関で実施される、エビデンスに基づく実践エビデンスに基づく実践 evidence based practicesの数には影響するとは示されませんでした^[4]。しかし、組織のまとめ

と変化に対する適応性は重要であり^[9]、これらは起業家的な傾向のある組織でみられる特徴です。形式化は柔軟性を欠き、新しいアイデアへの受容性が低く^[10]、現状維持を助長する可能性があるため^[11]、イノベーションとは負の関連があります。CVFにおいて「バランスの取れた」文化（Herfindahlタイプの測定を用いて、組織の4原型の四分円における比率がどれだけ25%・25%・25%・25%に近いか）では、チームの有効性 team effectiveness の認識および実装される変化の数（変化の程度ではありません）が高くなります^[12]。

▶ 訳者注：CVFにおける4つの組織文化の訳は下記を参考にしました。

中島豊（監訳）：組織文化を変える：「競合価値観フレームワーク」技法。東京：ファーストプレス；2009。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

CVFで把握した概念に関する言明を含めること。
▶ 注：CVFを使うことで、対象とする現場 site の全体像を解釈する「特性」コードを割り当てることができます。インタビューの質問の構成上、研究では文化を直接的には扱えないかもしれません。しかし、総合的な評価により、その現場が4つの象限のどれを占めるかは判断できます。CVFをご確認ください。

- 「2～3の異なる委員会から承認をとらなければならず、購買はとてもお役所的なので、ここでは何かしてもらうのは不可能です。」

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

Maria Fernandezらは、文化に関する18項目を開発しました。測定項目はこちら (<https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2018/08/Fernandez-et-al2018-CFIR-InnerSetting-Measures-Qx.pdf>) から見ることができます。使用許可については Fernandez博士にお問い合わせください。

また、実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Gershon R, Stone PW, Bakken S, Larson E: **Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare.** *J Nurs Adm* 2004, **34**:33-40.
2. van Eijnatten FM, Galen M: **Chaos, dialogue and the dolphin's strategy.** *Journal of Organizational Change Management* 2002, **15**:391-401.
3. Martin J: *Organizational culture: Mapping the terrain.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
4. Shortell SM, Zazzali JL, Burns LR, Alexander JA, Gillies RR, Budetti PP, Waters TM, Zuckerman HS: **Implementing evidence-based medicine: the role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations.** *Med Care* 2001, **39**:162-178.
5. Helfrich C, Li Y, Mohr D, Meterko M, Sales A: **Assessing an organizational culture instrument based on the Competing Values Framework: Exploratory and confirmatory factor analyses.** *Implementation Science* 2007, **2**:13.
6. Kitson A, Harvey G, McCormack B: **Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework.** *Qual Health Care* 1998, **7**:149-158.
7. Rycroft-Malone J, A, Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint).** *Quality and Safety in Health Care* 2002, **11**:174-180.
8. Quinn R, Rohrbaugh J: **A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness.** *Public Productivity Review* 1981, **5**:122-140.
9. Simpson DD, Dansereau DF: **Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation.** *NIDA Science & Practice Perspectives* 2007, **3**:20-28.
10. Damanpour F: **Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators.** *The Academy of Management Journal* 1991, **34**:555-590.
11. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
12. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, Pearson ML, Wu SY, Mendel P, Cretin S, Rosen M: **The role of perceived team effectiveness in improving chronic illness care.** *Med Care* 2004, **42**:1040-1048.

III-D 実装風土 Implementation Climate

変化を吸収する能力、介入に対して関係者間で共有している受容性、およびそのような介入の実施に対する組織内での報奨、支援、期待の程度。

詳細な説明

変化を吸収する能力、介入に対して関係者間で共有している受容性^[1]、およびそのような介入の実施に対する「組織内での報奨、支援、期待」の程度^[2]。風土は、方針、手続き、報奨制度などといった、目に見える比較的入手しやすい手段を用いて評価できます^[3]。以下の6つの下位概念が、介入に対して肯定的な実装風土に寄与します：すなわち、「変化への切迫感」「適合性」「相対的優先度」「組織のインセンティブや報奨」「目標とフィードバック」「学習風土」です。

ここで紹介する「実装風土」の概念は、KleinとSorraによる概念モデル^[2]から適応したもので、これらは実証的にも検証が済んでいます^[4]^[5]。重要なのは、組織には数多くの文化や風土が共存しているということを認識しておくことです。Greenhalghらは、組織の「変化に対して受容性のある文脈」および「吸収能力 absorptive capacity」について言及しており、これらはそれぞれいくつかの要素が混合したものも含まれています。ここではそれらの要素を切り分けて分類し、一方を「実装風土」の一部、他方を「実装の準備性」の一部として定義しています。実装風土は、社会的に構成された概念（すなわち、特定の実装に関連するステークホルダーの文化的な経験が集合的に反映されたもの^[3]）であり、組織内の垂直的（タテの）および水平的（ヨコの）境界やその相互関係を越えたものと言えるかもしれません。しかし、風土はユニットごとに異なることもあります。実装風土の適切な適用範囲（チーム、ユニット、業務ライン、組織、システムレベルなど）は、個々の介入の適用範囲や性質ごとに決まります。研究を行うときは前もって、「実装風土」が顕著に表れる組織のレベルを理解しておくことが重要です。実装風土は、管理層の支援と実装の有効性をつなぐ重要な役割を担っています^[4]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションの実装に対する受容性の一般的レベルに関する言明を含めること。

除外基準

サブコード（訳者注：構成概念III-D-1～6のこと）で把握した受容性の一般的レベルに関する言明は除外すること。

量的な測定

Maria Fernandezらは、実装風土に関連する4項目を開発しました。測定項目はこちら (<https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2018/08/Fernandez-et-al2018-CFIR-InnerSetting-Measures-Qx.pdf>) から見るすることができます。使用許可についてはFernandez博士にお問い合わせください。

また、実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
- Klein KJ, Sorra JS: **The Challenge of Innovation Implementation.** *The Academy of Management Review* 1996, **21**:1055-1080.
- Gershon R, Stone PW, Bakken S, Larson E: **Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare.** *J Nurs Adm* 2004, **34**:33-40.
- Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
- Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.

Ⅲ-D 変化への切迫感 -1 Tension for Change

ステークホルダーが現在の状況を耐え難い、あるいは変化が必要だと認識している度合い。

詳細な説明

ステークホルダーが現在の状況を耐え難い、あるいは変化が必要だと認識している度合い^{[1][2][3][4]}。変化の必要性に関する切実な感覚は、介入を自発的に計画するきっかけとなります。一方、外発的な介入の多くは、現場ではなくマクロレベルな変化の必要性（または業績の差）に応じて開発されます。実装に関わる現場のステークホルダーが、実際に変化への切迫感を感じているかどうか、実装の成功への重要な前提条件となります^{[5][6]}。効果的なコミュニケーション（「Ⅲ-B. ネットワークとコミュニケーション」を参照）は、現状に不満を抱かせ、変化を知らせ、コミットメントを促進し、そして抵抗感を弱めることにより、変化への切迫感を高めることができます^[1]。ステークホルダーが問題をじかに経験している場合、実装が成功する可能性は格段に高くなります^[7]。実際に経験した人がいない場合は、変化への切迫感を生み出すことは困難です。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションに強い必要性がある（またはない）、もしくは現在の状況を支持できないという言明（例：イノベーションが必要不可欠である、イノベーションは他のプログラムと重複しているなど）を含めること。
▶注：参加者が、イノベーションは既存の好ましいプログラムと重複すると言う場合は、「Ⅲ-D-3. 相対的優先度」の欠如を（ダブル）コード化すること。

- 「以前は体重管理クリニックがあったのですが、スタッフがいなかったし、分野横断的なチームもなかったため、患者さんのフォローを続けることができませんでした。」
- 「私たちは本当に、患者さんに服薬してもらおうよう何か手段を講じる必要があります。」
- 「現在のシステムはいつも故障していてまったく使

い物にならず、必要なことを時間内に済ませることができません。」

除外基準

イノベーションの必要性を示すが、必ずしも強い必要性または支持できない現状を表すものではない個別のニーズに関する言明を除外し、「Ⅱ-A. 患者のニーズと資源」へのコードを割り当てること。

イノベーションが既存のプログラムより良い（または悪い）ことを明示する言明を除外し、「Ⅲ-D-3. 相対的優先度」へのコードを割り当てること。

▶注：CFIR V2では、「患者のニーズと資源」を、「組織のサービス対象者のニーズと資源」に変更する予定です。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
- Simpson DD, Dansereau DF: **Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation.** *NIDA Science & Practice Perspectives* 2007, **3**:20-28.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: **Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2.** *JAMA* 2002, **288**:1909-1914.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: **Improving primary care for patients with chronic illness.** *JAMA* 2002, **288**:1775-1779.
- Meyer AD, Goes JB: **Organisational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis.** *Acad Manage J* 1988, **31**:897-923.
- VanDeusen Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charns MP: **Transformational change in health care systems: An organizational model.** *Health Care Manage Rev* 2007, **32**:309-320.
- Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.

Ⅲ-D 適合性 -2 Compatibility

関係者が介入に付与する意義と価値観との間の明確な適合の程度、それらが個人の規範、価値観、および認識されたリスクとニーズに合致する程度、および介入が既存のワークフローおよびシステムに合致する程度。

詳細な説明

組織の個々人が介入に対して抱く意義と、上層部が伝える介入の意義との間に整合性があると感じる程度は、彼らが介入を受け入れるかどうかには強い影響を及ぼします^[1]。例えば、リーダーが「業績を改善してくれる」と信じる介入が、医師たちにとっては治療決定の自律性に対する脅威とみなされる場合があります。このような文脈における意義は、組織のネットワーク全体での議論を通じて折り合いをつけ、見直すことができます^[1]。

Greenhalghらは、適合性、意義、およびイノベーションとシステムの調和 innovation-system fit について述べています。これらの3つの用語はいずれも、ステークホルダーの価値観と規範の一致という共通根の定義をもっていますが、そこに含まれる目標、スキルミクス（多職種協働）、戦略、必要性の認識の程度には差があります^[1]。我々はこれらをまとめて、ここでいう「適合性」の定義に統合します。Greenhalghらは、このいくぶん捕えどころのない構成概念に対して、極めて間接的で、かつ中程度に直接的な裏付けを示しています。適合性は、介入および支援の技術と、働き方の間にある^[1]、ということもまた重要です。適合性の程度は、実装と正の関連があります^{[1] [2] [3]}。現在の状況に対する脅威または現状と両立できないとみなされる変化は、抵抗を受けることになるでしょう^[4]。Helfrichらは、組織や職業における使命、コア・コンピタンス、ならびに経験と調和しているという認識は、実装の成功の重要な予測因子であることを見出しました^[5]。組織全体でリスクと利益をバランスよく分散させることで、介入が受け入れられる可能性を高めます^[6]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションが組織の価値観や作業プロセスと適合しているレベルを表す言明を含めること。イノベー

ションを適応させる必要はなかったという言明を含めること。

- 「すでに減量クリニックはあったので、MOVE! (記者注：米国退役軍人省が支援する体重管理プログラムのこと) が命じられた時、やっと他の人を仲間に入れられる方法が手に入ってくれました。」
- 「新しいシステムは、患者の治療方法に関する医師の自律性を奪うように感じるので、医師は新しいシステムを歓迎していません。」

除外基準

組織の価値観との適合性に基づくイノベーションの優先順位に関する言明は除外するか、「Ⅲ-D-3. 相対的優先度」へダブルコード化すること（例：組織の価値観に適合しないためにイノベーションが優先されない場合）。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Klein KJ, Sorra JS: **The Challenge of Innovation Implementation.** *The Academy of Management Review* 1996, **21**:1055-1080.
3. Auber BA, Hamel G: **Adoption of smart cards in the medical sector: the Canadian experience.** *Soc Sci Med* 2001, **53**:879-894.
4. Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.
5. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.
6. Meyer AD, Goes JB: **Organisational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis.** *Acad Manage J* 1988, **31**:897-923.

Ⅲ-D
-3

相対的優先度 Relative Priority

実装の重要性について、組織内の個々人で共有された認識。

詳細な説明

実装の重要性について、組織内の個々人で共有された認識^{[1] [2] [3]}。相対的優先度の概念を明確に取り入れたモデルはほとんどありません。しかしながら、この構成概念（相対的優先度）は、実装の有効性の重要な予測因子であることがわかってきました^[3]。実装が組織にとって重要な優先事項である（促進され、支援され、協力すれば報われる）と従業員が認識しているならば、実装風土は強固なものになるでしょう^[3]。相対的優先度が高ければ、従業員は介入を「本来の業務」の妨げではなく、重要な優先事項であると見なします^[3]。介入を実装する相対的優先度が高いほど、実装はより効果的になる可能性が高くなります^{[3] [4]}。組織が実装を完遂できるかどうかの能力は、ここ最近でどれだけ多くの取り組みまたは変化を導入したかと関連しています（そうした取り組みや変化は、また別の取り組みに呑み込まれ^{[5] [6]}、優先度を下げることになるかもしれません）。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションの相対的優先度を反映する言明（例：多数のプログラムを実装したことによる組織の変化疲れなど）を含めること。

- 「非常に多くの研究が進行しているため、この研究は注目を集めないだけだと思います。私たちみんなあまりに参っています。」
- 「業績評価に影響するので、私たちにとってこれを

成し遂げることは本当に重要です。」

除外基準

組織の価値観との適合性に基づくイノベーションの優先度に関する言明は除外するか、「Ⅲ-D-2. 適合性」へダブルコード化すること（例：組織の価値観に適合しないためにイノベーションが優先されないような場合）。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステマティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Klein KJ, Sorra JS: **The Challenge of Innovation Implementation.** *The Academy of Management Review* 1996, **21**:1055-1080.
- Feldstein AC, Glasgow RE: **A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice.** *Joint Commission journal on quality and patient safety/Joint Commission Resources* 2008, **34**:228-243.
- Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
- Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
- Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.

Ⅲ-D
-4

組織のインセンティブや報奨 Organizational Incentives & Rewards

目標共有のための褒賞、業績評価、昇進、昇給などの外的なインセンティブ、および評価が上がる、敬意が増すなどの目に見えないインセンティブ。

詳細な説明

目標共有のための褒賞、業績評価、昇進、昇給などの外的なインセンティブ、および評価が上がる、敬意が増すなどの目に見えないインセンティブ^{[1][2]}。金銭的なインセンティブや業績評価は、行動が望ましい結果をもたらすという信念を強化するうえで重要で^{[3][4]}。強力なインセンティブは、実装の方針および実践の重要な構成要素で、実装の有効性と正の関連があることがわかりました^{[1][2]}。文化の競合価値観フレームワーク（Competing Values Framework：CVF）尺度の一部には、4項目の「報奨システム」の下位尺度が含まれており、様々な種類の給与上のインセンティブを使用する数が、保健医療組織における成功事例の広範な実施と正に関連することがわかりました^[5]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

実装を促進する（または妨げる）インセンティブシステムが整っているかどうかに関する言明を含めること（例：スタッフをイノベーションにエンゲージングすることに対する報奨または阻害要因）。

- 「栄養士の1人が要するにやめてしまったのですが、何があったのかわかりません。私たちのチーフは彼女をやり直させることを何もしないので、余分な業務が私たちに降りかかってきます。」
- 「チームで目標を共有してそれをやらせています。

成功すれば、メンバーは1人当たり500ドルを手に入れます。」

- 「このプロジェクトが成功することを本当に願っています。成功すれば、次回の評価ですぐにでも昇進できることを示せるでしょうから。」

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
2. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.
3. Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.
4. Leeman J, Baernholdt M, Sandelowski M: **Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice.** *J Adv Nurs* 2007, **58**:191-200.
5. Shortell SM, Zazzali JL, Burns LR, Alexander JA, Gillies RR, Budetti PP, Waters TM, Zuckerman HS: **Implementing evidence-based medicine: the role of market pressures, compensation incentives, and culture in physician organizations.** *Med Care* 2001, **39**:162-178.

III-D
-5

目標とフィードバック Goals and Feedback

目標が明確に伝えられ、それに基づく行動が行われ、スタッフにフィードバックが行われる程度、およびフィードバックと目標が一致していること。

詳細な説明

目標が明確に伝えられ、それに基づく行動が行われ、スタッフにフィードバックが行われる程度、およびそのフィードバックと目標が一致していること^{[1][2][3]}。慢性疾患ケアモデル Chronic Care Model は、臨床評価、業績評価、経済的評価など複数の評価とフィードバックの方法を用いること、および経験の重要性を強調しています^[4]。多くの行動変容モデルにみられる重要な特徴は、目標を設定し、進行中にフィードバックを受けることです^[5]。最近のレビューでは、実践を改善するために監査とフィードバック audit and feedback の仕組みを利用することの効果は、軽度～中程度であるとしています^[6]。もっとも、先行研究ではその効果には幅広ばらつきがあることを示しており、監査とフィードバックの適切な方法についてはほとんどわかっていません。また、こうした監査とフィードバックの方法を、どのようにしてより大きな組織の使命と目標に一致させていくのかについては、何も言及されていません。ステークホルダーは、自分たちにとって重要な目標としっかり結び付いた十分なフィードバックがあって、初めて行動を修正できます^[7]。目標を設定することで、介入が価値を生み出しているかどうかを人々が評価できる基準が提供されます^[6]。強引でない漸進的な目標^[6]や具体的に到達可能な目標^[1]は、実装の有効性を高めます。リーダーのコミットメント、関与、説明責任は、実装を成功させるための鍵となります（「III-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント」を参照）。リーダーからの支援を得る最も効果的な方法の1つは、リーダーの組織目標と合致し、その達成に貢献するような変革努力を行うことです^[3]。リーダーを実装に関与させ、実装に関する情報を伝え続けていると、リーダーからの支援を受けられる可能性が高くなります^[8]。連帯責任の感覚は、使命と目標の共通理解、およびそれらに基づいてタスクの決定が行われているという感覚とともに、実装の成功に貢献すると考えられています^[2]。すでに述べたように、慢性疾患ケアモデルは、臨床評価、業績評価、経済的評価など複数の評価とフィードバックの方法を用いること、および経験の重要性を強調しています^{[9][10]}。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

イノベーションが、より大きな組織目標や、その目標に関するスタッフへのフィードバックと一致（の欠如）することについての言明を含めること【例：現在の組織の状況と、将来の（目標とする）組織の状況とのギャップに関する監査とフィードバック】。「目標とフィードバック」は、実装プロセスから独立しています。すなわち、それ（目標とフィードバック）は実装活動が終了してもおそらく継続します。

除外基準

実装のプロセスに関する言明、すなわち、実装の進捗に関する実装チームによる進行中のレビュー（の欠如）は除外し、「V-D. 振り返りと評価」へのコードを割り当てること。「振り返りと評価」は、実装プロセスの一部です。すなわち、それ（振り返りと評価）は実装活動が終了する時におそらく終了します。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Kochevar LK, Yano EM: **Understanding health care organization needs and context. Beyond performance gaps.** *J Gen Intern Med* 2006, **21(Suppl 2)**:S25-29.
2. Simpson DD, Dansereau DF: **Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation.** *NIDA Science & Practice Perspectives* 2007, **3**:20-28.
3. VanDeusen Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charns MP: **Transformational change in health care systems: An organizational model.** *Health Care Manage Rev* 2007, **32**:309-320.
4. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A: **Improving chronic illness care: translating evidence into action.** *Health Aff (Millwood)* 2001, **20**:64-78.
5. U.S. Department of Health and Human Services: **Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice.** *NIH Publication* 2005 (05-3896).
6. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD: **Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback.** *Qual Saf Health Care* 2006, **15**:433-436.
7. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA: **Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable.** *Implement Sci* 2006, **1**:9.
8. Meyer AD, Goes JB: **Organisational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis.** *Acad Manage*

- J 1988, 31:897-923.
9. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: **Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2.** *JAMA* 2002, 288:1909-1914.
 10. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K: **Improving primary care for patients with chronic illness.** *JAMA* 2002, 288:1775-1779.

Ⅲ-D 学習風土 -6 Learning Climate

次のような風土：a) リーダーが自らの誤りを犯す可能性を認めチームメンバーによる支援と助言の必要性を表明する。 b) 変化のプロセスにおいて、チームメンバーが、自分は不可欠で価値があり、知識あるパートナーだと感じる。 c) 個人が新しい方法を試みる際に心理的に安心感をもつ。 d) 振り返りと評価のための十分な時間と場所がある。

詳細な説明

次のような風土：リーダーが自らの誤りを犯す可能性を認めチームメンバーによる支援と助言の必要性を表明する。変化のプロセスにおいて、チームメンバーが、自分は不可欠で価値があり、知識あるパートナーだと感じる。個人が新しい方法を試みる際に心理的に安心感をもつ。振り返りと評価のための十分な時間と場所がある（一度の実装だけではなく、いつも）^{[1] [2] [3]}。このような相互に関連し合う実践や信念が支えとなって、従業員ならびに組織のスキル開発、学習、成長が可能となり、組織は新しい知識や方法を吸収する力を最大化することができます^[4]。このような組織の「学習」能力は、量的な測定方法を用いて、評価できます^[5]。

我々は、個別の実装に関連するマイクロレベルの環境の学習風土に関心があるので、（ほとんどの文献に記載されているような）「文化」の代わりに学習「風土」を用います。組織が「学習」特性を示す程度はサブグループによって異なり、現場でみられるこれらの特性は、組織全体の学習の程度よりも強い影響力をもちえます^[6]。チーム学習に関する先行文献は、領域横断的なチーム内およびチーム間での学習を可能にし、協働を育む風土を醸成するための、組織が果たす役割の重要性を強調しています^[7]。このような組織の「学習」能力は、量的な測定方法を用いて評価できます^{[5] [8]}。しかし、この構成概念を厳密にどのように運用するかについての合意はありません。それでも、いくつかの一般化を行うことはできます。よい学習風土が出来上がれば、ステークホルダーは失敗に囚われることはなく、心理的に安心感のある風土が醸成されます。振り返りと評価を行うための時間と場所をもつこと（「**V-D. 振り返りと評価**」を参照）は少なくとももう1つの重要な特性で、これによって過去の成功や失敗からの学びを促進し、将来の実装のために情報を残すことができるという側面があります^{[6] [9] [10]}。学習を促進する風土を育てることは、保健医療組織が継続的に質を改善していくために必要な「中心的特性」です^[11, p.287]。学習風土は、新しい知識の吸収力、すなわち組

織が介入を十分に理解する能力を高めるために役立つ重要な要素です^[4]。Greenhalghらは、学習する組織文化 learning organization culture を、（暗黙的かつ明示的な）既存の知識やスキルとともに新しい知識を吸収する能力についての概念に含め、また積極的リーダーシップのなかにも含めています。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

組織の主要構成要素が「**学習風土**」を示す程度を裏付ける（または反証する）言明を含めること。

- 「昨年、私たちは患者の予約手続きの手順を変更しようとして、とんでもない失敗をしました。そのことで集まり、私たちが失敗の原因と考えることが一致したので、もう一度試してみるのを楽しみにしています。」
- 「私はチームに、あらゆる問題を明らかにする必要があると力説しています。」

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

Maria Fernandezらは、学習風土に関連する5項目を開発しました。測定項目はこちら（<https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2018/08/Fernandez-et-al2018-CFIR-InnerSetting-Measures-Qx.pdf>）から見るすることができます。使用許可についてはFernandez博士にお問い合わせください。

また、実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Klein KJ, Sorra JS: **The Challenge of Innovation Implementation. *The Academy of Management Review* 1996, 21:1055-1080.**
- Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis. *J Appl Psychol* 2001, 86:811-824.**
- Nembhard I, Edmonson A: **Making it safe: the effects of leader**

- inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior* 2006, **27**:941-966.
4. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
 5. Templeton GF, Lewis BR, Snyder CA: **Development of a measure for the organizational learning construct.** *Journal of Management Information Systems* 2002, **19**:175-218.
 6. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.** *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.
 7. Edmondson AC: **The local and variegated nature of learning in organizations: A group-level perspective.** *Organization Science* 2002, **13**:128-146.
 8. Goh S, Richards G: **Benchmarking the learning capability of organizations.** *European Management Journal* 1997, **15**:575-583.
 9. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.
 10. U.S. Department of Health and Human Services: **Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice.** *NIH Publication* 2005 (05-3896).
 11. Ferlie EB, Shortell SM: **Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change.** *Milbank Q* 2001, **79**:281-315.

III-E 実装の準備性 Readiness for Implementation

介入実装の決定に対する組織コミットメントについての、明確かつ直接的な指標。

詳細な説明

介入実装の決定に対する組織コミットメント organizational commitment についての、明確かつ直接的な指標であり、「リーダーシップ・エンゲージメント」「利用可能な資源」「知識や情報へのアクセス」の3つの下位概念から構成されます。先行研究においては、実装の準備性は、「介入実装の決定に対する組織コミットメントについての、具体的で明確かつ直接的な指標」を含むという点で、実装風土と区別されています。

先行研究における「変化の準備性」の概念は幅広いです。Simpsonらは、18の組織的な領域を含む、組織における変化の準備性に関する測定尺度を開発しました^[1]。PARIHSモデルは、変化の準備性を、セッティング、文化、リーダーシップ、および評価の点から記述しています^{[2][3]}。Greenhalghらは、「イノベーションへのシステム準備性」領域のなかに、変化への切迫感、イノベーションとシステムの調和 innovation-systems fit、意義の評価 assessing implications、支援と擁護 support and advocacy、時間と資源、および評価能力を含めています^[4, pp.607-608]。さらに、PARIHSモデルとGreenhalghらのどちらも、「変化への受容性」を記述していますが、両者の概念は関連するものの同義ではありません。すなわち、PARIHSモデルは、変化への準備性を示す一領域として示していますが、Greenhalghらは、6つの包括的構成概念

(例：強いリーダーシップ)^[4, p.607]を含む、組織の一般的な特徴として示しています。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

実装の準備性に関する一般的な言明を含めること。

除外基準

サブコード（訳者注：構成概念III-E-1～3のこと）で把握した実装の準備性の一般的な言明は除外すること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Simpson DD: **A conceptual framework for transferring research to practice.** *J Subst Abuse Treat* 2002, **22**:171-182.
2. Rycroft-Malone J, A., Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint).** *Quality and Safety in Health Care* 2002, **11**:174-180.
3. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A: **Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges.** *Implement Sci* 2008, **3**:1.
4. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.

Ⅲ-E
-1

リーダーシップ・エンゲージメント Leadership Engagement

リーダーとマネージャーの実装へのコミットメント、関与、および責任。

詳細な説明

リーダーとマネージャーの実装へのコミットメント、関与、および責任^{[1] [2] [3] [4] [5]}。「リーダーシップ」という用語は、経営幹部のリーダー、中間管理職、第一線の監督者、チームリーダーなど、実装に直接的または間接的影響を及ぼす、組織のあらゆるレベルのリーダーを指します。リーダーの心からの支援が得られない場合、実装は失敗への道を辿ります^[5]。組織コミットメント organizational commitment の重要な側面の1つとして、介入が軌道に乗るまでの間にしばしば発生する生産性低下の時期を許容する、管理層の忍耐（短期的ではなく長期的な視点をもつこと）があります^[1]。

コミットメントと積極的な関心という点でのリーダーによる支援は、実装風土の強化につながり、さらには実装の有効性に結びつきます。そしてこの関連は、より多くのユーザーが実装への協働を求められるほど強化されていきます^{[1][3]}。リーダーは対人関係のチャンネルを通じて、また介入実装に関連した規範をモデル化することによって（「Ⅲ-D-6. 学習風土」を参照）、ステークホルダーの説得に役立つ重要なパイプ役になることができます^[6]。上層部のリーダーだけでなく中間管理職も、ネットワークを構築する能力（「Ⅲ-B. ネットワークとコミュニケーション」を参照）や、資源獲得（「Ⅲ-E-2. 利用可能な資源」を参照）、優先度（「Ⅲ-D-3. 相対的優先度」を参照）について交渉する能力が重要です。中間管理職は、実装を支援することが自身の組織目標に役立つと感じる場合（「Ⅲ-D-2. 適合性」を参照）、また自分が実装の議論に参加していると感じる場合（「Ⅴ-B. エンゲージング」を参照）に、実装を支援する可能性が高くなります^[7]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

組織のリーダーがエンゲージメントする程度に関する言明を含めること。

▶注：本構成概念と、「Ⅴ. プロセス」の領域には時に混乱が生じる可能性があります。なぜリーダーが「Ⅴ-B. エンゲージング」に分類されないのか、という質問が利用者からありました。「Ⅲ. 内的セッティング」と「Ⅴ. プロセス」において、「Engagement (エンゲージメント)」という用語が重複して用いられているこ

とから生じる混乱を避けるために、本構成概念を「リーダーシップ・コミットメント (Leadership Commitment)」または「リーダーシップの支援 (Leadership Support)」に名前を変更することとし、DISCIOUSN（記者注：www.cfirguide.orgの前身サイトCFIR Wiki [http://cfirwiki.net/wiki/index.php] 上のページを指す）に注記を記載しました。以下が説明です：

組織のリーダーは、組織にとって欠かすことのできないものですが、その役割は、目の前の実装プロジェクトによって定義されるわけではありません。「Ⅴ-B. エンゲージング」に記載される役割はあくまで、目下の変化への取り組みについての役割です。例えば、「チャンピオン」はすべてにおいてチャンピオンではなく、該当する変化への取り組みにおいてのみのチャンピオンです。複数の変化への取り組みでチャンピオンとなる人もいますが、そうした人々もおそらくすべてにおいてチャンピオンになることはできないでしょう。チャンピオンは、組織における安定した役割ではないのです。組織のリーダーは、個別の実装の取り組みを他のスタッフやチームに委ねますが、次に問題となるのは、彼らスタッフやチームに対して、リーダーがどの程度献身的に取り組み、承認し、支援するかということです。

組織のリーダーの無関心は実装の取り組みを阻む可能性があるため、実装のリーダーには、組織のリーダーをエンゲージングする戦略が必要となります。その方法として、組織のリーダーと会って彼らが抱える懸念について話し合う、実装と組織の計画や目標との整合性を図る、実装の早い段階で問題に対する解決策をブレインストーミングで出し合って当事者意識を醸成する、彼らの変化を支援することをステークホルダーに明白に知らせるよう説得する、などがあります。これらはすべて、組織のリーダーの支援を得て彼らの無関心を克服するために、実装のリーダーやチームが検討できる手法です。

- 「私の上司はすべての会議に出席しています。」
- 「私の上司は申し分ありません。彼女はそれが重要であることを示すために、私たちにしっかり関わってくれます。」
- 「病院長が週報でそれについて尋ねています。」
- 「うまく行かないことがあったとき、スタッフのチー

フのところへ行けば、彼女は対応してくれます。」

- 「部長はしばしば町を離れていたり、もめ事を抱えていたりするので、ここで何かをしてもらうのは難しいです。」
- 「もうあの会議には出ないようにという圧力がありました。」

除外基準

もし組織のリーダー、例えばプライマリケアのディレクターが新しい治療ガイドラインの実装を主導する場合は、リーダーシップ・エンゲージメントに関する言明を除外するか、「**V-B. エンゲージング**」の「**2. 公式に任命された内部の実装リーダー**」または「**3. チャンピオン**」へダブルコード化すること。これらの実装リーダーまたはチャンピオンの主な特徴は、彼／彼女が組織のリーダーでもあることに留意してください。

量的な測定

測定尺度

- 実装リーダーシップ尺度 (The Implementation Leadership Scale : ILS)
- Maria Fernandezらは、リーダーシップ・エンゲージメントに関連する4項目を開発しました。測定項目はこちら (<https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2018/08/Fernandez-et-al2018-CFIR->

InnerSetting-Measures-Qx.pdf) から見ることもできます。使用許可についてはFernandez博士にお問い合わせください。

また、実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
2. VanDeusen Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charns MP: **Transformational change in health care systems: An organizational model.** *Health Care Manage Rev* 2007, **32**:309-320.
3. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.
4. Meyer AD, Goes JB: **Organisational Assimilation of Innovations: A Multi-Level Contextual Analysis.** *Acad Manage J* 1988, **31**:897-923.
5. Repenning NP: **A simulation-based approach to understanding the dynamics of innovation implementation.** *Organization Science* 2002, **13**:109-127.
6. Leeman J, Baernholdt M, Sandelowski M: **Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice.** *J Adv Nurs* 2007, **58**:191-200.
7. Gershon R, Stone PW, Bakken S, Larson E: **Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare.** *J Nurs Adm* 2004, **34**:33-40.

Ⅲ-E
-2

利用可能な資源 Available Resources

資金、研修、教育、物理的空間、時間を含む、実装とその継続的な運用に割り当てられた資源の程度。

詳細な説明

資金、研修、教育、物理的空間、時間を含む、実装とその継続的な運用に割り当てられた資源の程度^{[1][2][3][4][5][6]}は、実装と正の関連がありますが^{[7][8][9][10][11][12]}、必ずしも成功を保証するのに十分という訳ではありません^[13]。金銭的資源は、管理層の支援（「Ⅲ-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント」を参照）と実装の方針および手順とを部分的につなげる役割を果たします^[14]。組織は、他の領域に大きな影響を与えることなく、既存の業務に加えて新たに実装を採用するための時間を“捻出”できる「余剰資源」を持っている場合があります。余剰資源があることは、失敗をカバーできる力が高まるので、組織の吸収能力 absorptive capacity を高めると考えられます^{[15][16]}。あるメタアナリシス研究では、余剰資源の効果は認められませんでした。これはおそらく余剰資源の種類を区別していなかったことが原因と考えられます^[15]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

上記の資源、または実装されているイノベーション特有の資源の有無に関する言明を含めること。

- 「前の病院長は覚書に調印し、フルタイム当量（Full-Time Equivalent：FTE）の半分をこの実践を導入するための調整に割くことを約束しましたが、それは実現しませんでした。新しい病院長にその署名された覚書を見せても、彼は何もしませんでした。」
▶ 後半の言明は「Ⅲ-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント」へダブルコード化することができます。
- 「グループ訪問の規模が大きくなり、割り当てられた部屋が手狭になってきたので、何ができるかを考えています。私たちの部屋はあまりにも狭すぎるのです。」
- 「私は他のすべての職務に加えてこの仕事を引き受けました。しかし上司はこの仕事をするために診療所での私の担当を減らすことはしてくれなかったので、私は自分でなんとか時間を捻出しています。」
- 「私は退役軍人統合医療サービス・ネットワーク（Veterans Integrated Service Networks: VISN）に、それぞれの現場に1フルタイム当量（FTE）の

配分を求める提案を書き、承認されました。私たちは大変わくわくしています。」

除外基準

研修に関する言明は除外し、「Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス」へのコードを割り当てること。

資材の品質に関する言明は除外し、「I-G. デザインの質とパッケージング」へのコードを割り当てること。

量的な測定

Maria Fernandezらは、利用可能な資源に関連する7項目を開発しました。測定項目はこちら(<https://cfirguide.org/wp-content/uploads/2018/08/Fernandez-et-al2018-CFIR-InnerSetting-Measures-Qx.pdf>)から見るすることができます。使用許可についてはFernandez博士にお問い合わせください。

また、実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H: **Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change.** *Health Serv Res* 2003, **38**:751-776.
3. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.** *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.
4. Simpson DD, Dansereau DF: **Assessing Organizational Functioning as a Step Toward Innovation.** *NIDA Science & Practice Perspectives* 2007, **3**:20-28.
5. Fitzgerald LE, Wood FM, Hawkins C: **Interlocking Interactions: the Diffusion of Innovations in Health Care.** *Human Relations* 2002, **55**:1429-1449.
6. Weiner BJ, Savitz LA, Bernard S, Pucci LG: **How do integrated delivery systems adopt and implement clinical information systems?** *Health Care Manage Rev* 2004, **29**:51(16)..
7. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL: **A glossary for dissemination and implementation research in health.** *J Public Health Manag Pract* 2008, **14**:117-123.
8. Denis JL, Hebert Y, Langle A, Lozeau D, Trottier LH: **Explaining diffusion patterns for complex health care innovations.** *Health Care Manage Rev* 2002, **27**:60-73.
9. Perrin KM, Burke SG, O'Connor D, Walby G, Shippey C, Pitt S, McDermott RJ, Forthofer MS: **Factors contributing to intervention fidelity in a multi-site chronic disease selfmanagement program.** *Implement Sci* 2006, **1**:26.
10. Leeman J, Baernholdt M, Sandelowski M: **Developing a theory-based taxonomy of methods for implementing change in practice.** *J Adv Nurs* 2007, **58**:191-200.

11. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Goeschel CA, Needham DM, Sexton JB, Thompson DA, Lubomski LH, Marsteller JA, Makary MA, Hunt E: **Creating high reliability in health care organizations.** *Health Serv Res* 2006, **41**:1599-1617.
12. Meyers PW, Sivakumar K, Nakata C: **Implementation of Industrial Process Innovations: Factors, Effects, and Marketing Implications.** *Journal of Product Innovation Management* 1999, **16**:295-311.
13. Stetler CB: **Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidencebased practice.** *Nurs Outlook* 2001, **49**:272-279.
14. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
15. Damanpour F: **Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators.** *The Academy of Management Journal* 1991, **34**:555-590.
16. Singh J, Lumsden CJ: **Theory and research in organizational ecology.** *Annual Review of Sociology* 1990, **16**:161-195.

Ⅲ-E
-3

知識や情報へのアクセス Access to Knowledge & Information

介入、およびそれを業務に組み込む方法についての、理解しやすい情報や知識へのアクセスの容易さ。

詳細な説明

介入、およびそれを業務に組み込む方法についての、理解しやすい情報や知識へのアクセスの容易さ^{[1][2][3][4]}。情報と知識には、専門家、他の経験豊富なスタッフ（必ずしも「専門家」ではないスタッフも含む）、研修、文書、およびコンピュータ化された情報システムなどの、あらゆる情報源が含まれます。介入、およびそれを業務に組み込む方法について、理解しやすい情報をすぐに入手できることは、実装の成功に不可欠です^{[1][2][3]}。実装に関わる、知識豊富な様々な職種または専門家の数は、効果的な実装と正の関連があります^[4]。特にチームレベルで、時宜を得た実地研修ができる場合、実装が成功する可能性は高くなります^[1]。介入に関する教育、研修、および情報へのアクセスはいずれも、ステークホルダーをエンゲージメントしていないユーザーから全力で介入に取り組むユーザーへと変えるための重要な戦略です^[5]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

実装のリーダーおよびユーザーのプログラム使用に関する知識と情報（すなわちプログラムの仕組みに関する研修）へのアクセスに関する言明を含めること。

- 「実施の約9か月前に研修を受けたので、ようやく準備が整った頃には、私は何をするのか忘れていました。」
- 「彼女は素晴らしい。質問がある度にメールを送るだけで、彼女は私を助けてくれます。」
- 「どの患者を対象とするか判断するのに必要な報告書を入手できません。」
- 「介入に関する小さなセッションを看護師、研修医、および医師に対して行うことを計画していますが、各グループに合わせて情報を調整することは重要です。さもなければ、彼らは了承してくれません。」
- 「私は必要な情報をすべて入手することができませんでした。ここの人は誰もそれについて知らないの

で、私はとてもフラストレーションが溜まり、あきらめて従来のやり方に戻りました。」

除外基準

エンゲージメントの戦略および成果に関連する言明（例：主要なステークホルダーがイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯、および彼らの実装における役割）を除外し、「エンゲージング：主要ステークホルダー」へのコードを割り当てること。

会議、電子メールグループ、他の連絡・通知方法に関する言明など、組織内の一般的なネットワーク、コミュニケーション、人間関係に関する記述、およびチームの体制、質、機能に関する言明は除外し、「Ⅲ-B. ネットワークとコミュニケーション」へのコードを割り当てること。

▶ 訳者注：CFIR V2では、「エンゲージング」の下位構成概念として、「エンゲージング：主要ステークホルダー」が追加される予定です（「V-B. エンゲージング」を参照）。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

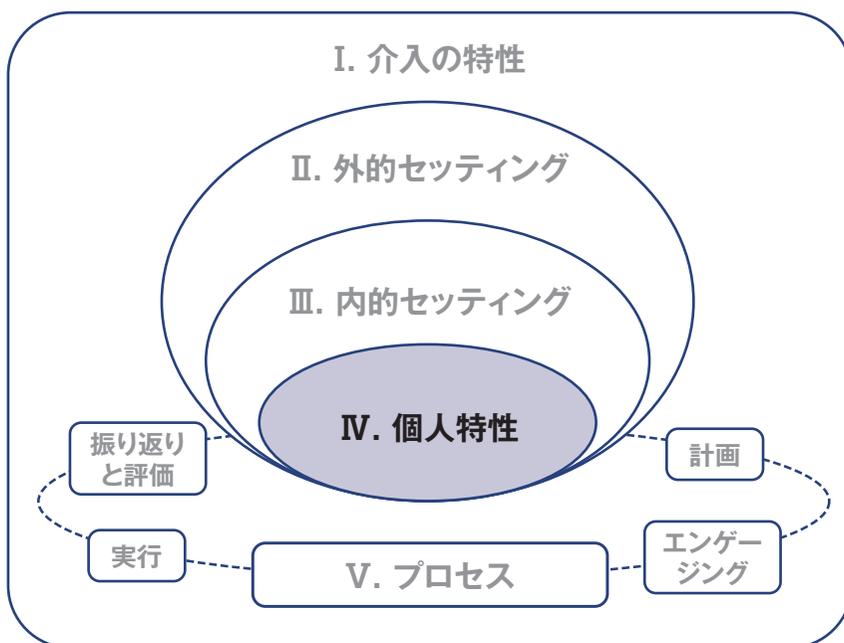
文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
3. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.
4. Wallin L, Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG: **Development and validation of a derived measure of research utilization by nurses.** *Nurs Res* 2006, **55**:149-160.
5. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives.** *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.

IV

個人特性

Characteristics of Individuals



解説（訳者により追加）

介入の対象となる人々、あるいは実施プロセスに関わる人々の特性のこと^[1]。組織は個人から成り立っています。セッティングおよび介入の構成概念の根本は、つまるところ、個人の活動や行動にあります。個人間の相互作用と、それがチーム、ユニット、ネットワーク、および組織を通じて実装に与える波及効果についてはほとんど知られていません。

文献

1. 木原雅子, 加治正行, 木原正博(訳): *健康行動学—その理論、研究、実践の最新動向—*. 東京: メディカルサイエンスインターナショナル; 2018. (原文)Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds.): *Health behavior: theory, research, and practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.

IV-A

介入についての知識や信念

Knowledge & Beliefs about the Intervention

介入に対する個人の態度や価値づけ、および介入に関連する事実、真実、原理の熟知。

詳細な説明

介入を実施するスキルは、主に認知機能によって決定づけられます。つまり、十分なハウツー知識を持っていることや、介入を採用するための根本的原理や理論的根拠の知識に依存します^[1]。熱心な介入の実施は、介入に対する肯定的な感情反応が反映されたものです。しばしば、同僚から得られた個人的経験に基づく主観的意見は、わかりやすく説得力があり、熱心な介入の実施へとつながります^[1]。もちろん逆もまた真であり、それらの意見が原因で介入の実施に否定的となり、能動的または受動的な抵抗感を生み出すことも多くあります^[2]。新たに行動したことが肯定的または否定的に評価される程度によって、行動変容への意識が高まり、実際に行動変容を起こす前触れとなります^[3]。

介入の実施におけるユーザーの熟練度と熱心さは、効果的な実装の主要な2つの特徴です^[4]。これらの特性は、実装の質と持続可能性を評価するために、個人およびサブグループのレベルで理解することが重要です。スキルレベルは研修の効果を反映しています。個人にとって介入実施の必要に迫られる前に、この知識（「Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス」を参照）が得られていないと、介入は拒絶および中断される可能性があります^[5]。介入の有効性を判断する個人の能力は、介入の実施を正当化する根本的原理を理解することによって高まります。知識が文脈から離れて体系化し伝達されれば、実装は成功する可能性が高くなります^[6]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

現在、基準は記載されていません。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Rogers E: *Diffusion of Innovations* 5th edition. New York, NY: Free Press; 2003.
2. Saint S, Kowalski CP, Banaszak-Holl J, Forman J, Damschroder L, Krein SL: **How Active Resisters and Organizational Constipators Affect Health Care-Acquired Infection Prevention Efforts.***The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2009, **35**:239-246.
3. Ajzen I: **The theory of planned behavior.** *Organ Behav Hum Decis Process* 1991, **50**:179-211.
4. Klein KJ, Sorra JS: **The Challenge of Innovation Implementation.** *The Academy of Management Review* 1996, **21**:1055-1080.
5. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
6. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.

IV-B 自己効力感 Self-efficacy

実装の目標達成に向けて一連の行動を成し遂げるための、自らの能力に対する個人の信念。

詳細な説明

実装の目標達成に向けて一連の行動を成し遂げるための、自らの能力に対する個人の信念^[1]。自己効力感 self-efficacy は、個人の行動変容理論の多くにみられる重要な構成要素です^[2]。自己効力感は、特定の文脈内で特定の行動を行う能力に左右されます。実装の目標を達成するために必要な行動変容の能力について、個人が自信をもつほど、自己効力感は高くなります。高い自己効力感をもつ人は、たとえ問題に直面しても、介入を受け入れ、献身的に介入を実施する可能性が高くなります。しかし、介入を実施する能力に自信がない場合、または早期に一定レベルの失敗を経験している場合は、困難に直面したときに介入を持続する意欲がなくなります^[2]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

現在、基準は記載されていません。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Bandura A: **Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.** *Psychol Rev* 1977, **84**:191-215.
2. U.S. Department of Health and Human Services: **Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice.** *NIH Publication* 2005 (05-3896).

IV-C 個人の行動変容のステージ Individual Stage of Change

個人が、熟練した、熱心な、持続的な介入の実施に至るまでの各ステージのどこに位置するかの特徴。

詳細な説明

個人が、熟練した、熱心な、持続的な介入の実施に至るまでの各ステージのどこに位置するかの特徴^[1]^[2]。研究で用いられるモデルによって、示されるステージは異なります。Prochaskaのトランスセオレティカル・モデルは、これらのステージを無関心期 pre-contemplation、関心期 contemplation、準備期 preparation、実行期 action、維持期 maintenance として特徴づけています^[3]。Rogersのイノベーションの普及理論では、5つのステージを提示しています^[4]。Grolらは先行文献を統合して、10のサブステージを持つ5ステージのモデルを描き出しています^[1]。

個人の行動変容のステージは、実装の進捗の重要な尺度であるとともに、効果的な実装のためにどのようなエンゲージメントや教育戦略が必要となるかの指標となります。CFIRは、変容のステージに関する多くのモデルのうち、どれを本構成概念の評価に使用すればよいかについては断定していません。ステージのいくつかの側面は、「IV-A. 介入についての知識や信念」で述べた知識および信念と重複しています。Grolらは、10の異なるステージの分類を概説してから、それぞれ2つのサブステージを持つ独自の5ステージモ

デルを提案しています^[1]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

現在、基準は記載されていません。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives.** *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.
2. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS: **Implementing computerized technology: An organizational analysis.** *J Appl Psychol* 2001, **86**:811-824.
3. Prochaska JO, Velicer WF: **The transtheoretical model of health behavior change.** *Am J Health Promot* 1997, **12**:38-48.
4. Rogers E: *Diffusion of Innovations* 5th edition. New York, NY: Free Press; 2003.

IV-D 組織との一体感 Individual Identification with Organization

個々人の組織に対する認識、およびその組織との関係性と組織へのコミットメントの程度についての認識に関連する幅広い構成概念。

詳細な説明

個々人の組織に対する認識、およびその組織との関係性と組織へのコミットメントの程度についての認識に関連する幅広い構成概念。これらの特性は、スタッフが実装の取り組みに全力でエンゲージメントしようとする、または介入を実施しようとする意欲に影響を与えます^{[1][2]}。こうした評価は保健医療の領域ではほとんど研究されてきませんでした。[V-B-2. 公式に任命された内部の実装リーダー]が実装の取り組みに与える影響を評価するうえで特に重要です。組織市民行動 organizational citizenship behavior は、個人がどの程度組織との同一性を感じているか、また自分自身を組織と関連付けているために、特別な努力を払い、組織を良く言い、組織内でリスクを負うことを厭わないかどうかを特徴づけます^{[3][4]}。組織的公正 organizational justice は、組織内の分配および手続きの公正さに対する個人の認識です^[1]。情緒的消耗感 emotional exhaustion は、情緒的、肉体的に消耗あるいは燃え尽きている状態であり^[5]、行動変容を促進または開始する個人の能力やエネルギーを妨げてしまうため、実装に悪影響を与えます^[6]。米国医療研究・品質調査機構 (Agency for Healthcare Research and Quality : AHRQ) は2008年に、個別の実装が成功するかどうかを判断するためのガイドを発表しました。このガイドには、組織がさらによい仕事をできるかという個人の認識や、業務が効率的に行われているかについての信念、また実装への潜在的な阻害要因として不公平があるかどうかに関する質問が含まれています^[7]。Glissonらによって開発された組織の社会的文脈尺度 the organizational social context measure には、心理的風土 (職場環境の心理的影響の認識) および勤務態度 (職務満足および組織コミットメント organizational commitment) に関連した構成概念が含まれます^[8]。これらの測定指標は、保健医療領域ではそれほど広く研究されてきませんでした。しかし、

組織変化の研究における文献では、相互に関連している、あるいは独立して実装に影響を及ぼしている可能性があるいくつかの概念が確かに含まれています^[9]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

現在、基準は記載されていません。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Greenberg J: **Organizational justice: Yesterday, today, and tomorrow.** *Journal of Management* 1990, **16**:399-432.
- Abraham R: **Organizational cynicism: bases and consequences.** *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 2000, **126**:269-292.
- Pearce CL, Ensley MD: **A reciprocal and longitudinal investigation of the innovation process: the central role of shared vision in product and process innovation teams (PPITs).** *Journal of Organizational Behavior* 2004, **25**:259-278.
- Smith AC, Organ D, Near J: **Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents.** *J Appl Psychol* 1983, **68**:653-663.
- Cropanzano R, Rupp DE, Byrne ZS: **The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors.** *J Appl Psychol* 2003, **88**:160-169.
- Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Wallin L: **Predicting research use in nursing organizations: a multilevel analysis.** *Nurs Res* 2007, **56**:S7-23.
- Brach C, Lenfestey N, Roussel A, Amoozegar J, Sorensen A: **Will It Work Here? A Decisionmaker's Guide to Adopting Innovations.** Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ); 2008.
- Glisson C, Landsverk J, Schoenwald S, Kelleher K, Hoagwood KE, Mayberg S, Green P: **Assessing the Organizational Social Context (OSC) of Mental Health Services: Implications for Research and Practice.** *Adm Policy Ment Health* 2008, **35**:98-113.
- Cummings GG, Estabrooks CA, Midodzi WK, Wallin L, Hayduk L: **Influence of organizational characteristics and context on research utilization.** *Nurs Res* 2007, **56**:S24-39.

IV-E その他の個人的特性 Other Personal Attributes

曖昧さへの寛容、知的能力、モチベーション、価値観、力量、能力、学習スタイルなど、その他の個人的特性を含む幅広い構成概念。

詳細な説明

曖昧さへの寛容 tolerance of ambiguity、知的能力、モチベーション、価値観、力量、能力、学習スタイルなど、その他の個人的特性を含む幅広い構成概念。これは、他の個人的な特性を含む幅広い構成概念です。曖昧さへの寛容、知的能力、モチベーション、価値観、力量、能力、革新性^[1]、在職期間^[1] および学習スタイルなどの特性に対して、実装研究者は十分な注意を向けてきませんでした^[2]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

研究目的、例えばローカス・オブ・コントロール（統制の所在：行動の原因を自己や他人のどこに求めるか）や、特定の実装と関連することがわかっている健康心理学あるいは組織心理学の他の概念などに基づく言明

を含めること。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

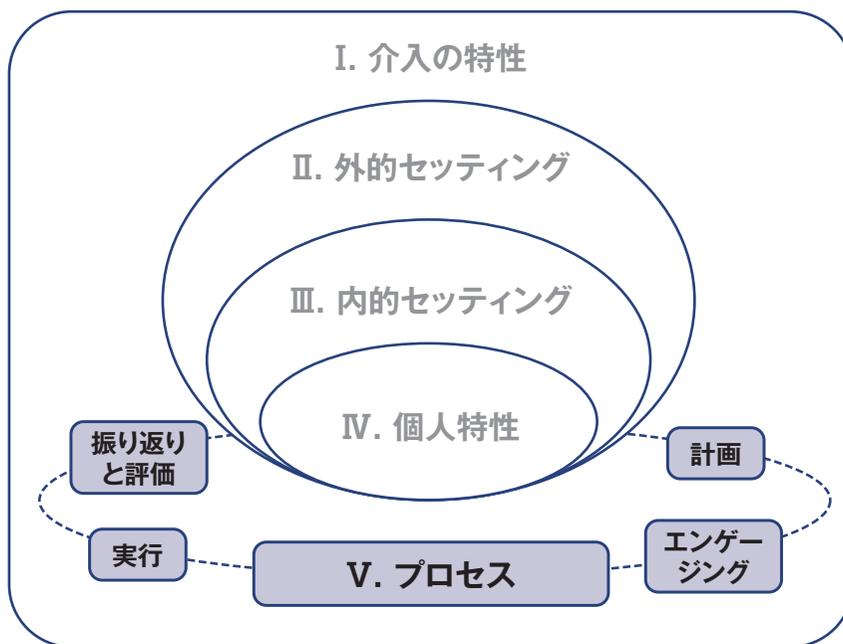
実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Frambach RT, Schillewaert N: **Organizational innovation adoption: a multi-level framework of determinants and opportunities for future research.** *Journal of Business Research* 2001, **55**:163-176.
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.



プロセス Process



解説（訳者により追加）

介入が、個人レベルと組織レベルで計画通りに実施されるようにするための積極的な活動プロセスのこと^[1]。

▶ 詳細な説明は次ページ

詳細な説明

プロセスは実装研究において定義、測定、または評価が最も難しい領域です。総合的品質管理 total quality management、統合ケア integrated care、複雑性理論 complexity theory、組織学習 organizational learning などの理論は、つまるところ実装（または変化）がどのように実践されるべきかについて記述しています^[2]。これらのアプローチは、「何がうまくいくか」を対象にしており、いくぶん規範的であるかもしれません。CFIRの主要な目標は、「なぜ」実装が成功または失敗するのかという点にまで踏み込んで知識を構築していくことです^[3]。CFIRは、特定の実装アプローチにとらわれません。しかし、ほとんどのアプローチは共通して4つの構成要素を持っています（時には暗示的にですが）：すなわち、①計画、②エンゲージング、③実行、④振り返りと評価です。我々はこれら4つの構成要素それぞれに対して、比較的幅広い定義を付与することにします。というのも、効果的な実装には、あらかじめ計画された順序立った手順から、迅速で簡潔な計画による、試験的に少しずつ（訳者注：実装を）拡大していくような速いサイクルでの改善、そして隠れた草の根の取り組みまで、多くのプロセス経路が含まれるためです。定義上、実装のプロセスは時間とともに変化していくものです。小さな努力が深く幅広い改善を生むこともあれば、大きな努力がほとんどあるいはまったく改善をもたらさない場合もあります^[4]。個別の実装プロセスがこの連続体のどこにあるかに関わらず、4つの構成概念がある場合に成功の可能性が最も高いと我々は考えます。4つの構成概念はいずれも、質の改善のパラダイム quality improvement paradigm の一部であるPDSAサイクルの4つの構成要素^[5]：Plan（計画）、Do（実行）、Study（振り返りと評価）、Act（必要に応じて計画を修正する、および／または実行する）を反映しています。影響力のある個人を戦略的にプロセスにエンゲージングすることが重要であるため、我々はエンゲージメントを上記サイクルのアプローチにおける重要な要素として追加しました。

CFIRはプロセスについて、PARIHSモデルが「ファシリテーション」としているものよりも、幅広い見方をとっています。Kitsonらは、ファシリテーション

は内容と文脈分析 content and context analysis の結果に基づくべきと主張しています^[6]。CFIRは、ファシリテーションを含むプロセスを、効果的な実装によって介入とセッティングをつなぐ過程の潜在的メカニズムの1つとして定義します。

主論文^[7]（訳者により追加）に記載されているように、4つのプロセスの活動（訳者注：計画、エンゲージング、実行、振り返りと評価）が順番に行われることはほとんどなく、順次性は意図されていません。ほほいとも、上記の4つの活動は実装へのらせん状または漸次的アプローチとして実施されます。実装を通じて各活動の再検討、拡張、洗練、および再評価が行われます。上記の構成概念は、観察者の視点から研究する、または計画および実行を導くために用いることができます。4つの（訳者注：活動の）仕組みのそれぞれが効果的に実施されるほど、実装は効果的になります。

多数の実装戦略を集めた、Powellらによる変化を実装するための専門家による推奨（Expert Recommendations for Implementing Change：ERIC）リストを確認してください。またWaltzらは、上記の戦略を9つのクラスターに分類しています。

文献

1. 木原雅子, 加治正行, 木原正博(訳): *健康行動学—その理論, 研究, 実践の最新動向—*. 東京: メディカルサイエンスインターナショナル, 2018. (原文)Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (eds.): *Health behavior: theory, research, and practice*. 5th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
2. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives**. *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.
3. Institute of Medicine (IOM): *The state of quality improvement and implementation research: Expert views*. Workshop summary. Washington, DC: The National Academies Press; 2007.
4. Burnes B: **Complexity theories and organizational change**. *International Journal of Management Reviews* 2005, **7**:73-90.
5. Institute for Healthcare Improvement: *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2003.
6. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A: **Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges**. *Implement Sci* 2008, **3**:1.
7. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC: **Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science**. *Implement Sci* 2009, **4**:50.

V-A 計画 Planning

介入を実装するための行動とタスクの計画や方法が事前に準備されている程度、およびその計画や方法の質。

詳細な説明

計画の基本的な目的は、介入を実施する現場の能力を集団でも個人でも培うことによって、効果的な実装を促進する一連の行動をデザインすることです^[1]。計画の具体的手順は、組織および個人レベルでの変化を促進するために用いられる基本的な理論またはモデルに基づきます^[2]。例えば、米国医療改善研究所 Institute for Healthcare Improvement^[3]^[4]、Grolら^[5]、GlissonとSchoenwald^[6]はいずれも、実施計画の開発を可能とする実装への包括的アプローチについて記述しています。しかしながら、上記の理論が述べている活動はそれぞれ異なっています。これらの理論は、共通点もあるものの、異なる文脈で開発されたからです。例えばGrolらは、社会的または組織的文脈のなかで行動を変えるための14の異なる理論体系をリスト化し^[2]、Estabrooksらは、組織のイノベーションに関する18の異なるモデルをリスト化しています^[7]。従って、計画の個別の内容は、実装の導入に用いられる理論やモデルによって異なります。実装計画は、次の6つの事項がどの程度配慮されたかによって評価できます（記者注：原文では5つの事項となっているが、内容から修正）：①ステークホルダーのニーズと視点が配慮されていること、②戦略が適切なサブグループ（例：職業的、人口統計学的、文化的、組織的特性）に合わせたものになっていること、③情報を伝え教育するための適切な様式、イメージ、および例え metaphors が特定され利用されていること、④適切なコミュニケーションチャンネルが特定され利用されていること、⑤目標およびマイルストーンへの進展が厳格なモニタリングと評価方法を利用して追跡されていること^[8]^[9]、および⑥実行を容易にするために戦略が用いられていること。実行を容易にするための戦略には、チームメンバーが本番前に介入の実施方法を学ぶことができる予行演習（シミュレーションまたは練習会）^[10]、ユーザーが手順をテストし、自信をつけ、心理的に安全な環境を構築するための試行を行うこと^[10]、あるいは介入を徐々に実装できるような形に分解する漸増的アプローチをとること^[11]の計画を含む場合があります。計画は公式の場合も非公式の場合もありますが、すべての重要な文脈要素—それが修正可能でも修正不可能でも—に配慮する必要があります。修正不可能な要素に対しては、

次善策を立てることができ、修正可能な要素に変更するよう戦略をデザインすることができます（例：ステークホルダーの介入に関する知識を増やす）。

計画は、質の改善の取り組みで変化を実装するためのPDSA（記者注：原文のPSDAを修正）（計画・実行・学習・改善）サイクルの4つの基本的活動の1つです^[3]。実装モデルの基本想定は、そうしたモデルが計画を導くということです。しかし、これは常に明示的に記述されているわけではありません。Greenhalghらは、「起こるに任せる」予測できない不意の採用から、「起こるべくして起こる」科学的で計画的な実装へという、組織内のイノベーションの広がりについての一連の概念のおよび理論の根拠について記述しています^[8]。計画の役割および計画の質の本質、ならびに実装への影響については、より一層の研究が必要です。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

計画の改善と同様に、実装前の診断的な評価および計画の根拠を含めること。

▶注：以下の例も、計画の公式性および何らかの計画活動が行われたかどうかを判断するための根拠の統合および評価と解釈される場合があります。

- 「終日作業会議があり、皆でプロセスマップを作成し、その後、新たなプロセスを開始するためにどのようなプロセスが必要かを考えようと思いました。」

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Mendel P, Meredith LS, Schoenbaum M, Sherbourne CD, Wells KB: **Interventions in organizational and community context: a framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research.** *Adm Policy Ment Health* 2008, **35**:21-37.
2. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M: **Planning and studying improvement in patient care: The use of theoretical perspectives.** *Milbank Q* 2007, **85**:93-138.
3. Institute for Healthcare Improvement: *The Breakthrough*

- Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement.* Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2003.
4. Institute for Healthcare Improvement: *Going Lean in Health Care.* Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2005.
 5. Grol R, Wensing M, Eccles M: *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice.* Edinburgh, Scotland: Elsevier; 2005.
 6. Glisson C, Schoenwald SK: **The ARC organizational and community intervention strategy for implementing evidence-based children's mental health treatments.** *Mental health services research* 2005, **7**:243-259.
 7. Estabrooks CA, Thompson DS, Lovely JJ, Hofmeyer A: **A guide to knowledge translation theory.** *J Contin Educ Health Prof* 2006, **26**:25-36.
 8. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
 9. Rogers E: *Diffusion of Innovations* 5th edition. New York, NY: Free Press; 2003.
 10. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.** *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.
 11. Damanpour F: **Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators.** *The Academy of Management Journal* 1991, **34**:555-590.

V-B

エンゲージング Engaging

介入を実装し行う際に、ソーシャルマーケティング、教育、ロールモデル化、研修、およびその他の同様の活動を組み合わせた戦略を通じて、適切な人を引きつけ、関与させること。

詳細な説明

介入の実装を担う（または「最初のユーザー」になる）チームメンバーをエンゲージングすることは、実装においてしばしば見落とされてきた部分です^[1]。初期のメンバー、特に「実装リーダー implementation leaders」および「チャンピオン champions」は、注意深く慎重に選ぶこと、または自然に現れるに任せることが重要です^{[1][2]}。もし初期のユーザーとリーダーが、介入が想定するユーザーと親和性がある（似たような社会経済的、職業的、教育的、および文化的背景をもっている）ならば、介入はより採用されやすくなるでしょう^[3]。これらのリーダーの影響は、そのようなリーダーの有無（例：実装の試みに明白なチャンピオンがいるかどうか）、彼らが関与することになった経緯（例：任命された、志願した）、彼らの組織での役割（公式および／または非公式の役割）、および彼らの実装での役割によって評価できます。影響を伝える1つの方法はロールモデル化 role modeling です^[4]。

「適切な人を適切な場所に配置する」^[5] ことによるプラスの影響は強力です。同様に、相応しくない人を配置したり、影響力のある個人を“エンゲージ”する重要な機会を失うことは、実装の成功に対して計り知れないほどマイナスの影響を与えます。一部の実装で用いられるアプローチは、単純に人を組織におけるその人の役割によって選ぶ、またはいくぶんランダムに選ぶというものです。このアプローチは、一部の状況では効果的かもしれませんが、別の状況では、実装を成功させる可能性が非常に高い有能なチャンピオンやステークホルダーから成る団結力のあるチームを築くという価値ある機会を無駄にしてしまいます。介入の反対者よりも支援者の数が多く、戦略的にうまく配置されている場合は、実装が成功する可能性が高くなります^[3]。すべてのステークホルダー（例：リーダー、エージェント、ユーザー）を早期に実装に関与させることは、成功の可能性を高めます^[3]。スタッフを有意義な問題解決にエンゲージングすることは、患者ケアを変えるために不可欠な5つの相互作用的要素の1つです^[6]。キーパーソンが（時間およびエネルギーの点で）献身的であり、権限を与えられており、取り組みが支

援されている場合、実装はより効果的となります^{[7][8]}。^[9]。キーパーソンとは、どのような立場であれ、立ち上がって実装プロセスを完成へと導く手助けをする人です。実装リーダーには、オピニオンリーダー、公式に任命された内部の実装リーダー、チャンピオン、および／または外部のチェンジ・エージェントがいます。これらの実装リーダーから提供される支援の質は、実装と正の関連にあります^[10]。こうしたキーパーソンを効果的に識別し、早期にプロセスにエンゲージングすることが重要です^[1]。上記のリーダーの役割は、先行文献では一貫性を欠き、時には同義的に用いられています^[3]。こうした役割を定義する際には、明確に定義することが重要です。実装リーダーは、実装の過程でいくぶん自然発生的に現れる場合があります。例えば、感染対策の実施におけるコンプライアンスを改善するため、リーダーが草の根（ボトムアップ）の取り組みから現れるかもしれません。反対に、実装リーダーがトップダウンの任命、例えば現場のチャンピオンまたはプロジェクトコーディネーターを任命することによって特定される場合もあります。PARIHSモデルは、「適切に準備されたファシリテーターの役割は、ともに仕事をするチームと協力して、個人およびチームの学習ニーズを満たす変化のプログラムを構築することである」と主張します^[11, p.22]。CFIRは、多くの異なるタイプのリーダーとインフルエンサー influencers の役割を認識し、幅広い見方をとります。具体的な役割や期待は研究とセッティングによって異なり、1つの実装の試みのなかでも時間とともに変化する場合があります。しかし、どの役割1つとっても単独では機能することができません。個人の特性は確かに重要ですが、個人間の関係性は個人の役割や特性よりも重要かもしれません^[12]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

エンゲージング

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明（例：スタッフとイノベーションの参加者がイノベーションにエンゲージメントすることになったかどうか、あるいはエンゲージメントすることになった経緯、およびスタッフとイノベーションの参加者の実装にお

ける役割)を含めること。

▶注: 戦略とその結果の両方がここでコード化されますが、エンゲージメントの取り組みの結果が評価を決定します。すなわち、スタッフをエンゲージングする複数の試みが失敗に終わっている場合、または役割を果たす人がいない場合、本構成概念はマイナスの評価となります。加えて、スタッフの「質」(能力 capability、モチベーションおよびスキル)、すなわち彼らがどの程度仕事ができるかをコード化したいと思う場合もあるでしょう。こうしたことも評価に影響します。

▶注: 2つの新しい下位構成概念が提案されています: 「エンゲージング: 主要ステークホルダー (例: プロバイダー providers およびスタッフ)」および「エンゲージング: イノベーションの参加者 (例: 患者)」。上記の下位構成概念はCFIR V2に追加される予定です。

エンゲージング: 主要ステークホルダー

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明 (例: 主要ステークホルダーがイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯、および主要ステークホルダーの実装における役割)を含めること。

▶注: 戦略とその結果の両方がここでコード化されますが、スタッフをエンゲージングする取り組みの結果が評価を決定します。すなわち、主要ステークホルダーをエンゲージングする複数の試みが失敗に終わっている場合、本構成概念はマイナスの評価となります。

エンゲージング: イノベーションの参加者

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明 (例: イノベーションの参加者がイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯)を含めること。

▶注: 戦略とその結果の両方がここでコード化されますが、参加者をエンゲージングする取り組みの結果が評価を決定します。すなわち、参加者をエンゲージングする複数の試みが失敗に終わっている場合、本構成概念はマイナスの評価となります。

除外基準

エンゲージング

特定の下位構成概念 (例: **チャンピオン**または**オピニオンリーダー**)に関連する言明を除外すること。

イノベーションを実装するための意思決定に誰が参加したかに関連する言明は除外するか、内部または外部の介入の出処を示すものとして「**I-A. 介入の出処**」へダブルコード化すること。

エンゲージング: 主要ステークホルダー

実装のリーダーおよびユーザーのプログラム使用に

関する知識や情報へのアクセス、すなわちプログラムの仕組みに関する研修へのアクセスに関する言明を除外し、「**III-E-3. 知識や情報へのアクセス**」へのコードを割り当てること。会議、電子メールグループ、他の連絡・通知方法に関する記述など、組織内の一般的なネットワーク、コミュニケーション、関係性に関する言明を除外し、チームの体制、質および機能に関する言明は「**III-B. ネットワークとコミュニケーション**」へのコードを割り当てること。

エンゲージング: イノベーションの参加者

組織のサービス対象者のニーズと資源に対する認識 (の欠如)、および上記の認識がイノベーションの実装または採用に影響を及ぼすかどうかを明示する言明を除外し、「**II-A. 患者のニーズと資源**」へのコードを割り当てること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Needham DM: **Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation.** *BMJ* 2008, **337**:a1714.
2. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.** *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.
3. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
4. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y: **Role modelling-making the most of a powerful teaching strategy.** *BMJ* 2008, **336**:718-721.
5. Collins J: *Good to Great: Why Some Companies Make the Leap ... and Others Don't.* New York, NY: HarperBusiness; 2001.
6. VanDeusen Lukas CV, Holmes SK, Cohen AB, Restuccia J, Cramer IE, Shwartz M, Charns MP: **Transformational change in health care systems: An organizational model.** *Health Care Manage Rev* 2007, **32**:309-320.
7. Feldstein AC, Glasgow RE: **A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice.** *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008, **34**:228-243.
8. Brach C, Lenfestey N, Roussel A, Amoozegar J, Sorensen A: *Will It Work Here? A Decisionmaker's Guide to Adopting Innovations.* Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ); 2008.
9. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F: *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.* Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute; 2005.
10. Ovreteit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, McLeod H, Molfenter T, Plsek P, Robert G, et al: **Quality collaboratives: lessons from research.** *Qual Saf Health Care* 2002, **11**:345-351.
11. Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A: **Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges.** *Implement Sci* 2008, **3**:1.
12. Plsek PE, Wilson T: **Complexity, leadership, and management in healthcare organisations.** *BMJ* 2001, **323**:746-749.

V-B オピニオンリーダー

-1 Opinion Leaders

介入の実装に関して、同僚の態度や信念に、公式または非公式な影響を及ぼす組織内の個人。

詳細な説明

介入の実装に関して、同僚の態度や信念に、公式または非公式に影響を及ぼす組織内の個人^{[1][2]}。オピニオンリーダーには、①専門家と②仲間 peers という2つの異なるタイプがあることが一般的に合意されています^[3]。専門家のオピニオンリーダーは、その権威と地位を通じて影響力を行使します^[1]。仲間のオピニオンリーダーは、その代表性と信用性を通じて影響力を行使します^[1]。Rogersはオピニオンリーダーを、個人が他者の態度または明白な行動に非公式に望ましい方法で影響力を及ぼすことができる度合いという点から定義します^[2]。しかし、オピニオンリーダーは、強力なマイナスの影響も及ぼしえます^[3]。外部のチェンジ・エージェントは、しばしば社会システムにおけるオピニオンリーダーを、普及 diffusion 活動の「補佐官」として利用します^[2]。オピニオンリーダーが、プロのチェンジ・エージェントと見なされるようになった場合、仲間の尊敬を失う可能性があります^[2]。オピニオンリーダーの役割および定義は様々で複雑です。保健医療専門職の行動改善についてのランダム化比較試験のレビューによれば、介入実施の促進に対するオピニオンリーダーの効果にはばらつきがあり、-6%から+25%の範囲です^[4]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明（例：オピニオンリーダーがイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯、およびオピニオ

ンリーダーの実装における役割）を含めること。

▶注：戦略およびその結果の両方がここでコード化されますが、スタッフをエンゲージングする取り組みの結果が評価を決定します。すなわち、オピニオンリーダーをエンゲージングする複数の試みが失敗に終わっている場合、またはオピニオンリーダーが組織を去って役割を果たす人がいない場合、本構成概念はマイナスの評価となります。加えて、オピニオンリーダーの「質」（能力 capability、モチベーションおよびスキル）、すなわち彼らがどの程度仕事ができるかをコード化したいと思う場合もあるでしょう。こうしたことも評価に影響します。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations.** *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
2. Rogers E: *Diffusion of Innovations* 5th edition. New York, NY: Free Press; 2003.
3. Locock L, Dopson S, Chambers D, Gabbay J: **Understanding the role of opinion leaders in improving clinical effectiveness.** *Soc Sci Med* 2001, **53**:745-757.
4. Doumit G, Gattellari M, Grimshaw J, O'Brien MA: **Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes.** *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD000125.

V-B -2 公式に任命された内部の実装リーダー Formally Appointed Internal Implementation Leaders

コーディネーター、プロジェクトマネージャー、チームリーダー、または他の同様の役割として、介入を実装する責務を公式に任命された、組織内の個人。

詳細な説明

これらのリーダーには、タスクに専念する明らかな時間がある場合とない場合があります。実装は「仕事の一部」です。この役割には、実装の責任者として公式に任命された組織内の個人が含まれます。上記のリーダーには、タスクに専念する明らかな時間がある場合とない場合がありますが、他の職務に上乘せされた業務として散漫になってしまう場合より、専念できる時間がある方がより効果的です^[1]。このようなリーダーにとって、実装は「仕事の一部」です。内部の実装リーダーもチャンピオンまたはオピニオンリーダーとして行動する場合もあれば、単に計画を実行したりキーパーソン間の会議を企画したりする場合もあります。上記のリーダーが二重の役割（例：チャンピオンでもあるプロジェクトコーディネーター）を果たしているかどうかは、情熱、創造性、進んでリスクをとる意欲の程度によって決まります。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明（例：公式に任命された内部の実装リーダーがイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯、および彼らの実装における役割）を含めること。
▶注：戦略とその結果の両方がここでコード化されますが、スタッフをエンゲージングする取り組みの結果が評価を決定します。すなわち、実装リーダーをエンゲージングする複数の試みが失敗に終わっている場

合、または実装リーダーが組織を去って役割を果たす人がいない場合、本構成概念はマイナスの評価となります。加えて、実装リーダーの「質」（能力 capability、モチベーションおよびスキル）、すなわち彼らがどの程度仕事ができるかをコード化したいと思う場合もあるでしょう。こうしたことも評価に影響します。

除外基準

もし実装リーダーが組織のリーダーでもある場合（例：プライマリケアのディレクターが新しい治療ガイドラインの実装を主導）は、リーダーシップ・エンゲージメントに関する言明を除外するか、「III-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント」へダブルコード化すること。

量的な測定

測定尺度

- 実装リーダーシップ尺度（The Implementation Leadership Scale : ILS）

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Feldstein AC, Glasgow RE: **A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice.** *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008, **34**:228-243.

V-B -3 チャンピオン Champions

介入によって組織内に生じうる無関心または抵抗を克服し、“[実装の] 支援、マーケティング、および‘完遂’に全力を傾ける個人”。

詳細な説明

介入によって組織内に生じうる無関心または抵抗を克服し、“[実装の] 支援、マーケティング、および‘完遂’^[1]に全力を傾ける個人”。チャンピオンは介入に非常に強い思いをもっているため、自身の非公式な立場および評判を進んで危険にさらすという特徴があります^[2]。チャンピオンとオピニオンリーダーの主な違いは、チャンピオンは実装中に介入の支援に積極的に関わるということです。古いことわざに、介入は「チャンピオンが見つかるか、さもなければ消えてなくなる」というものがあります^[3]。

チャンピオンは、組織の様々なレベルに現れます：①第一線のチャンピオン front-line champions：介入に強い思いを抱く人たちがいる組織内で部門横断的連携を擁護し育むことができる場合や、他の個人も介入を全面的に受け入れるように鼓舞するべく介入の有益性をはっきりと述べる場合、最も力を発揮します；および/または、②監督者またはマネージャーのチャンピオン supervisor or manager champions：第一線のチャンピオンに権限を与え、第一線のチャンピオンが既存の問題に独創的な解決策を打つことができるように組織のルール、手順、およびシステムから自律して活動する権限を提供し、組織の他のメンバーからの支援を利用します。力を発揮するチャンピオンは、権力者から支援を獲得し、および/または幅広い支援基盤を構築します。先行文献ではチャンピオンの実装に対する影響力にはばらつきがありますが、その役割には中～強程度の支持があります^{[4] [5] [6]}。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明（例：チャンピオンがイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯、およびチャンピオンの実装における役割）を含めること。

▶注：戦略およびその結果の両方がここでコード化されますが、スタッフをエンゲージングする取り組みの

結果が評価を決定します。すなわち、チャンピオンをエンゲージングする複数の試みが失敗に終わっている場合、またはチャンピオンが組織を去って役割を果たす人がいない場合、本構成概念はマイナスの評価となります。加えて、チャンピオンの「質」（能力 capability、モチベーションおよびスキル）、すなわち彼らがどの程度仕事ができるかをコード化したいと思う場合もあるでしょう。こうしたことも評価に影響します。

除外基準

もしチャンピオンが組織のリーダーでもある場合（例：プライマリケアのディレクターが新しい治療ガイドラインの実装を主導する）、リーダーシップ・エンゲージメントに関する言明を除外するか、「III-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント」へダブルコード化すること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

- Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, Peacock R: *How to Spread Good Ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation*. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D; 2004.
- Maidique MA: **Entrepreneurs, champions and technological innovation**. *Sloan Manage Rev* 1980, **21**:59-76.
- Schon DA: **Champions for radical new inventions**. *Harv Bus Rev* 1963, **41**:77-86.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O: **Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations**. *Milbank Q* 2004, **82**:581-629.
- Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations**. *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.
- Rogers E: *Diffusion of Innovations*. 5 edition. New York, NY: Free Press; 2003.

V-B -4 外部のチェンジ・エージェント External Change Agents

望ましい方向で介入決定に公式に影響を及ぼすまたは促進する、外部機関に属する個人。

詳細な説明

通常、外部のチェンジ・エージェントは、組織変化 (organizational change) の科学に関連した技術分野、または組織に導入されようとする技術に関する専門的な研修を受けています。この役割には、多施設介入研究を実施している外部の研究者、および他の公式に任命された (組織に関係したまたは無関係の) 外部機関の個人 (例: 企業または地域事務所のファシリテーターまたは雇用されたコンサルタント) が含まれます。

外部のチェンジ・エージェントが受け入れ組織に代わって実際に行動するほど、短期的に実装が成功する可能性は高くなりますが、介入を維持できる可能性は低くなります。また、外部のチェンジ・エージェントがあまり動かないと、短期的には実装の効果は下がりますが、現場の個々人の当事者意識が高まる可能性があるため、長期的には効果が上がる可能性があります。PARIHSフレームワークは、タスク志向のファシリテーターと対比して総合的なファシリテーターについて記述していますが、後者のアプローチが前者よりも高く評価されています^[1]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

エンゲージメント戦略およびその結果に関連する言明 [例: 外部のチェンジ・エージェント (変化を促進する組織外の存在) がイノベーションにエンゲージメントすることになった経緯、外部のチェンジ・エージェントの実装における役割、例えば彼らが実装の取り組みをどのように支援したか] を含めること。

▶注: 戦略およびその結果の両方がここでコード化されますが、スタッフをエンゲージングする取り組みの結果が評価を決定します。すなわち、外部のチェンジ・エージェントをエンゲージングする複数の試みが失敗に終わっている場合、または外部のチェンジ・エージェ

ントが組織を去って役割を果たす人がいない場合、本構成概念はマイナスの評価となります。加えて、外部のチェンジ・エージェントの「質」(能力 capability、モチベーションおよびスキル)、すなわち彼らがどの程度仕事ができるかをここでコード化したいと思う場合もあるでしょう。こうしたことも評価に影響します。

- 「調査研究のプロジェクトマネージャーはいつも私たちに対応してくれて、助けになってくれます。」
- 「外部組織との協働のなかで、定期的に私たちに連絡してくれる人がいました。」

除外基準

▶注: どの役割が組織の外部および内部であるのかを明確に定義することが重要です。もしチェンジ・エージェントが研究にとって内部の存在であると考えられる場合 (例: 国内官庁の職員) は、プログラムの仕組みに関する訓練など、ファシリテーション活動に関する言明を除外し、「III-E-3. 知識や情報へのアクセス」へのコードを割り当てること。ただし研究において当該職員が組織にとって内部の存在であると考えられる場合は、たとえそのスタッフの支援が外部のチェンジ・エージェントから期待されるものと重なる場合であっても、「知識や情報へのアクセス」へのコードを割り当てるべきではありません (下線は訳者追加)。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Rycroft-Malone J, A., Kitson G, Harvey B, McCormack K, Seers AT, Estabrooks C: **Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. (Viewpoint).** *Quality and Safety in Health Care* 2002, **11**:174-180.

V-C 実行 Executing

計画に従って、実装を実行または成し遂げること。

詳細な説明

実行の質は、計画された一連の行動に対する実装の忠実度 fidelity^[1]、実装の強度（量 [訳者注：引用文献に従いqualityをquantityに修正。CFIR事務局に確認済] および深さ）^[2]、タスク完了の適時性、ならびに実装プロセスにおける主要関係者（例：実装リーダー）のエンゲージメントの程度から構成されます。先行文献では、忠実度をどのように評価するか、特に様々な研究やセッティングに対して標準化された方法でどのように評価するか、に関するコンセンサスはありません。そのようにすることは適切ではないのかもしれない。Pearsonらは、特に中心的な介入の要素が実装される程度という観点から忠実度を定義し、また、実装の量（訳者注：引用文献に従いqualityをquantityに修正）と深さ（これらはともに実装の強度を構成します）も定義しました^[2]。後者の要素（強度）は、組織の文書、会議、コミュニケーション、および他の検討資料に基づいて主観的に決定されました。実装計画の実行は、明確な、あるいは正式な計画がなく、ゆっくりと自然にまかせている場合があり、このために本構成概念の評価が難しくなっています。しかし、うまく立てられた計画に加えて、下記の3つの一般的アプローチが成功の可能性を高めます。まず、予行演習は、チームメンバーが本番前に介入の実施方法を学ぶことができ、ユーザーの研修および準備にも役立つシミュレーションや練習会になります^[3]。また、新たな介入の事前テストや小規模な試行は、ユーザーが手順のテストを行い、自信をつけ、メンバーが新たな行動を身につけ適応するよう促されるような、心理的安全性のある環境を構築できます^[3]。最後に、介入が複雑な場合は、漸進的な介入をするという方法があります^[4]^[5]^[6]。介入を徐々に採用していく形に分解することは、採用 adoption と正の関連があります^[4]。これは漸進的な実装により、人々が、新たな介入への移行に必要な作業に取り組み、また新しいスキルを学ぶ時間が十分にあると感じることができるか

らです^[7]。実装の早い段階での成功は、自信を深め、適応する機会を与え、新たな“信者”を獲得するのに役立ちます。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

実装計画との関連で、実装をどのように行ったのかを明示する言明を含めること。

▶注：計画の欠如により、実行がコード化されることはまれです。しかし、一部の研究では実装が計画に従って行われた程度を示すものとして、忠実度の測定を用いて実行を評価しました。

除外基準

現在、基準は記載されていません。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S: **A conceptual framework for implementation fidelity.** *Implement Sci* 2007, **2**:40.
2. Pearson ML, Wu S, Schaefer J, Bonomi AE, Shortell SM, Mendel PJ, Marsteller JA, Louis TA, Rosen M, Keeler EB: **Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives.** *Health Serv Res* 2005, **40**:978-996.
3. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals.** *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.
4. Damanpour F: **Organizational Innovation: A Meta-Analysis of Effects of Determinants and Moderators.** *The Academy of Management Journal* 1991, **34**:555-590.
5. Grossman JB: **The Supreme Court and Social Change: A Preliminary Inquiry.** *Am Behav Sci* 1970, **13**:535-551.
6. Normann R: **Organizational Innovativeness: Product variation and reorientation.** *Adm Sci Q* 1971, **16**.
7. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L: **Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations.** *Med Care Res Rev* 2007, **64**:279-303.

V-D 振り返りと評価 Reflecting & Evaluating

個人およびチームによる進捗と経験に関する定期的報告と、それに伴う、実装の進捗と質についての定量的・定性的フィードバック。

詳細な説明

プロセスに関わる本構成概念を、「**内的セッティング**」に含まれる「**Ⅲ-D-5. 目標とフィードバック**」の構成概念と区別することが重要です。ここで重視しているのは、特に実装の取り組みに関することです。評価には、報告書、グラフ、定性的フィードバックおよび成功事例などの伝統的な形式によるフィードバックが含まれます^[1]。達成目標は具体的 (specific)、測定可能 (measurable)、達成可能で (attainable)、望ましい結果と関連性があり (relevant)、目標達成の期限がある (timely) べきです (SMARTルーブリック)^[2]。先行文献では、グループおよび個人での振り返りの必要性や価値に対して、それほど注目が払われていません。実装の事前、最中、事後に振り返りや報告の時間をとることは、共有学習と改善を同時に推進する1つの方法です^[3]。

質的なコードブックのガイドライン

選択基準

実装に使用されるプロセスに言及する言明、すなわち、実装チームの実装の進捗に関する進行中のレビュー (またはその欠如) を含めること。振り返りと評価は、実装プロセスの一部です。振り返りと評価は実装活動が終了する時におそらく終了します。目標が明示されている必要はありません。実装チームが実装を完了するために必要な調整についてのフィードバックを議論している際に、暗黙の目標はあるかもしれませんが (例: 私たちはイノベーションを実装する必要があります)、現在の状態に焦点を当てることもできます。

除外基準

イノベーションとより大きな組織目標との一致 (またはその欠如)、その目標をスタッフにフィードバックすること [例: 現在の組織の状況と将来の (目標とする) 組織の状況とのギャップに関する定期監査とフィードバック] に関する言明を除外し、「**Ⅲ-D-5. 目標とフィードバック**」へのコードを割り当てること。目標とフィードバックは、実装プロセスから独立しています。目標とフィードバックは実装活動が終了してもおそらく継続します。

実装の成功に関連して参加者がインタビュー中に行うかもしれない振り返りと評価に関する言明を除外し、「**Ⅳ-A. 介入についての知識や信念**」へのコードを割り当てること。

量的な測定

実装に関連する400以上の尺度を分類した、SIRCのレビュープロジェクトおよびシステムティック・レビューのプロトコル論文を確認すること。

文献

1. U.S. Department of Health and Human Services: **Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice**. NIH Publication 2005 (05-3896).
2. Brach C, Lenfestey N, Roussel A, Amoozegar J, Sorensen A: *Will It Work Here? A Decisionmaker's Guide to Adopting Innovations*. Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ); 2008.
3. Edmondson AC, Bohmer RM, Pisana GP: **Disrupted routines: Team learning and new technology implementation in hospitals**. *Adm Sci Q* 2001, **46**:685-716.

パート3

CFIR インタビューガイド

CFIR インタビューガイド

I. 介入の特性

I-A. 介入の出処

1. 介入を開発したのは誰ですか？

- － このグループ・個人について、あなたはどのように思いますか？

▶以下の質問は「V-B. プロセス：エンゲージング」にも関係しています。介入の出処に関する回答をここに分類します。初期のエンゲージメント（またはエンゲージメントしないこと）を示すような「エンゲージング」のもとで、意思決定プロセスに参加した人に関する回答を分類します。意思決定への参加は、介入に対して当事者意識を感じてもらおうための効果的なエンゲージメント戦略です。

2. あなたのいるセッティングで介入が実装されているのはなぜですか？

- － 介入の実装を決定したのは誰ですか？
- － 介入実装の意思決定はどのように行われましたか？

I-B. エビデンスの強さと質

1. あなたのいるセッティングで介入の成否を分けるものとして、どのような情報やエビデンスがあると認識していますか？

- － ご自身の研究領域ではどのようなエビデンスがあることを知っていますか？診療ガイドライン？既刊文献？同僚の経験談？他のセッティング？
- － その知識が、介入に対するあなたの認識にどのように影響していますか？

2. 影響力のあるステークホルダーは、介入をどのように考えていますか？

- － 管理職などのリーダー達は介入をどのように考えていますか？

▶影響力のあるステークホルダーとして、保健医療分野では、影響力があり、評判の高い臨床医が含まれる可能性があります。教育分野では、影響力があり評判の高い教師や教育者などが含まれる可能性があります。

3. スタッフを参画させるためには、介入の有効性の裏付けとなるエビデンスや証拠として、どのようなものが必要ですか？

- － 同僚からの話？管理職などのリーダーからの話？

I-C. 相対的優位性

「Ⅲ-D-1. 変化への切迫感」、「I-C. 相対的優位性」、および「Ⅱ-A. 患者（組織のサービス対象者）のニーズと資源」の分類は難しいですが、一般的なガイドラインは以下のとおりです。

▶訳者注：CFIR V2では、「患者のニーズと資源」を、「組織のサービス対象者のニーズと資源」に変更する予定です。このインタビューガイドでは「組織のサービス対象者のニーズと資源」が使われています。

• 変化への切迫感

介入に対する強い必要性を表明することや、現在の状況を支持できないことを示す言明。

• 相対的優位性

既存のプログラムよりこの介入が優れている（または劣る）ことを示した言明。

• **患者（組織のサービス対象者）のニーズと資源**

介入の必要性を示している個人の特定のニーズに関する言明。強い必要性や支持できない現状を必ずしも示すものではない。

1. この介入は、あなたのいるセッティングにすでに存在する同様のプログラムに比べてどうですか？
 - － 既存のプログラムに比べ、この介入はどのようなメリットがありますか？
 - － 既存のプログラムに比べ、この介入はどのようなデメリットがありますか？
2. 過去に検討された他の代替案や、あなたが知っている他の代替案と比べて、この介入はどうですか？
 - － 他のプログラムに比べ、この介入はどのようなメリットがありますか？
 - － 他のプログラムに比べ、この介入はどのようなデメリットがありますか？
3. この介入よりも実装しやすい介入はありますか？
 - － その介入について説明してください。
 - － その代替案が好まれるのはなぜですか？

I-D. 適応性

1. あなたのいるセッティングで介入を効果的に機能させるためには、介入に対してどのような変更や修正を行う必要があると思いますか？
 - － こうした変更をあなたは実施できると思いますか？それはなぜですか？
2. あなたのいるセッティングで介入をうまく機能させるために、介入の変更が必要であると決定する人物は誰ですか（または、決定するプロセスはどのようなものですか）？
 - － 変更を実施することの適否はどのように判断しますか？
3. 修正すべきではない介入の構成要素はありますか？
 - － 修正すべきではない要素はどれですか？

I-E. 試験可能性

1. 全面的な実装に先立ち、介入を事前テストしますか？
 - － [はいの場合] 介入の事前テストに関するあなたの計画について説明してください。
 - － [はいの場合] どのような介入になりますか？
2. 介入を広く利用可能にする前に、事前テストができると思いますか？
 - － それはなぜですか？
 - － それは役に立ちますか？

I-F. 複雑性

本構成概念では、実装の複雑性ではなく介入の複雑性を対象にしています。実装に関する課題は、適切に分類を行う必要があります。例えば、スタッフのエンゲージングに関する課題は、「**エンゲージング：主要なステークホルダー**」に分類します。また、リーダーシップにおいて介入の優先度を高めることに関する課題は、「**Ⅲ-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント**」と「**Ⅲ-D-3. 相対的優先度**」のどちらにも分類します。

▶ 訳者注：CFIR V2では、「**V-B. エンゲージング**」の下位構成概念として、「**エンゲージング：主要ステークホルダー**」が追加される予定です。

1. 介入はどのくらい複雑ですか？

- － 介入の次の側面について考えてください。期間、範囲、関係するステップの複雑性と数、介入が過去の実践の方法から明らかに逸脱しているか否か。

I-G. デザインの質とパッケージング**1. 実装に向けた、介入の支援資材やパッケージング、まとまりの良さについて、あなたの認識はどのようなものですか？**

- － それはなぜですか？

2. オンラインの資源やマーケティング資材、ツールキットなど、介入の実装・実施に役立つものとして、どのようなサポートが利用可能ですか？

- － こうした資材にどのようにアクセスしますか？

3. 利用可能な資材は、あなたのいるセッティングでの実装にどのように影響しますか？**I-H. 費用****1. 介入の実装には、どのような費用が発生しますか？****2. 介入の実装を決定する際に、どのような費用を検討しましたか？**

II. 外的セッティング

II-A. 患者（組織のサービス対象者）のニーズと資源

「Ⅲ-D-1. 変化への切迫感」、「Ⅰ-C. 相対的優位性」、および「Ⅱ-A. 患者（組織のサービス対象者）のニーズと資源」の分類は難しいですが、一般的なガイドラインは以下のとおりです。

▶ 訳者注：CFIR V2では、「患者のニーズと資源」を、「組織のサービス対象者のニーズと資源」に変更する予定です。このインタビューガイドでは「組織のサービス対象者のニーズと資源」が使われています。

- **変化への切迫感**

介入に対する強い必要性を表明することや、現在の状況を支持できないことを示す言明。

- **相対的優位性**

既存のプログラムよりこの介入が優れている（または劣る）ことを示した言明。

- **患者（組織のサービス対象者）のニーズと資源**

介入の必要性を示している個人の特定のニーズに関する言明。強い必要性や支持できない現状を必ずしも示すものではない。

▶ 組織のサービス対象者には、保健分野では患者や介護者、教育分野では学生や保護者などが含まれる可能性があります。

1. サービス対象者のニーズや意向について、スタッフはどの程度認識していますか？

－ スタッフとリーダーは、サービス対象者と、どのように「接触」を図っていますか？

2. 介入の実装を決定する際に、サービス対象者のニーズや意向がどの程度考慮されましたか？

－ 具体例を挙げて説明してください。

－ 彼らのニーズや意向を満たすために介入を修正しますか？

3. 介入はサービス対象者のニーズをどのくらい満たすと思いますか？

－ 介入ではどのような方法でニーズを満たしますか？例えば、サービスへのアクセス改善、待ち時間の短縮、自己管理の支援、移動時間の短縮と旅費の削減。

4. サービス対象者は介入に対してどのように反応すると思いますか？

5. 介入への参加にあたり、サービス対象者はどのような阻害要因に直面しますか？

6. 介入の経験に関して、参加者から情報を聞き出したことがありますか？

－ 介入に対する彼らの認識はどのようなものですか？

－ 具体的にどのような情報について聞いたことがあるか説明してください。

7. 介入参加者の経験について話を聞いたことがありますか？

－ 具体的な話を挙げて、説明してください。

II-B. コスモポリタニズム

以下の質問は個人レベルの質問ですが、「外部からアイデアを採り入れる取り組みを組織が個人にどの程度奨励しているか」を明らかにするため、組織レベルで回答を集約する必要があります。

1. あなたは、ご自身がいるセッティングの外で、同様の職業または役職に就いている同僚やその他の人々と、どの程度ネットワークがありますか？

－ それはどのような場で行いますか？

2. 介入に関することや、あなたの職業に関するより一般的な内容について、あなたのいるセッティングの外部の人とどのような情報交換をしていますか？

－ どのような職業上のネットワークに参加していますか？メーリングリスト？地方や国の会議？研修の場？

3. あなたの組織ではご自身がいるセッティングの外部の同僚とネットワークを結ぶことが、どの程度奨励されていますか？

－ 地方または国の会議に出席することができますか？その他の場はどうですか？

II-C. 同業者からの圧力

1. 介入または同様のプログラムを実装している他の組織について、知っていることを教えてください。

－ そのことが介入実装の意思決定に、どのように影響を与えていますか？

2. 他の組織は、介入をどの程度実装する予定ですか？

－ それはあなたのいるセッティングにおける介入実装の支援にどのように影響しますか？

3. あなたの組織内の他のユニットは、介入をどの程度実装する予定ですか？

－ それはご自身がいるセッティングにおける介入実装の支援にどのように影響していますか？

4. 介入の実装は、同分野の他の組織に比べてあなたの組織にどの程度優位性をもたらしますか？

－ 競争上の優位性はありますか？

－ 介入について、同分野の他の組織ではなく、あなたの組織により多くの人材を呼び込む要素がありますか？

II-D. 外的な施策やインセンティブ

外的な施策やインセンティブについて、保健医療分野では、臨床の成果指標や成果払いが含まれる可能性があり、教育分野では、標準化された評価指標や資金配分などが含まれる可能性があります。

1. どのようなレベル（市町村、県または国）の成果指標や施策、規制、ガイドラインが、介入実装の意思決定に影響を与えましたか？

－ この介入は、あなたの組織がこうした指標や施策、規制、ガイドラインを満たす能力にどのように影響するでしょうか？

2. どのような経済的または他のインセンティブが、介入実装の意思決定に影響を与えましたか？

－ 介入は、あなたの組織がこうしたインセンティブを受け取る能力にどのように影響しますか？

－ 新しい介入は、あなたの組織の支払いや収益にどのように影響しますか？

Ⅲ. 内的セッティング

Ⅲ-A. 構造特性

本構成概念を用いて、組織の社会構造や年数、成熟度、規模、物理的なレイアウトに関するあらゆる関連情報を把握することができます。この質問で、「スペースがない」ことに関して述べられるかもしれませんが、その場合は「Ⅲ-E-2. 利用可能な資源」に分類してください。

1. 介入の実装に、あなたの組織のインフラ（社会構造、年数、成熟度、規模、または物理的なレイアウト）がどのように影響しますか？
 - － インフラによって、介入の実装がどのように促進または妨害されますか？
 - － 構造上の課題にどのように取り組みますか？
2. 介入に対応するため、どのような構造上の変更が必要ですか？
 - － 業務の範囲の変更？ 正式な方針の変更？ 情報システムまたは電子記録システムの変更？ その他？
 - － どのような承認が必要ですか？ 誰を関与させる必要がありますか？
 - － こうした変更を行うために必要なプロセスについて説明してください。

Ⅲ-B. ネットワークとコミュニケーション

「Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス」、「Ⅴ-B. エンゲージング」、および「Ⅲ-B. ネットワークとコミュニケーション」の分類は難しいですが、一般的なガイドラインは以下のとおりです。

• 知識や情報へのアクセス

プログラムの実施に関する知識や情報（つまり、プログラムの仕組み）への実装リーダーとユーザーのアクセスに関する言明。

• エンゲージング

プログラムの実施方法に関する知識の有無に関わらず、ステークホルダーがプログラムに「熱中」している（つまり、彼らを関与させている）ことに関する言明。

• ネットワークとコミュニケーション

チームの体制、質、および機能に関する言明。組織における一般的なコミュニケーションや関係についての言明。

1. 同僚との仕事上の関係について説明してください。
 - － あなたのユニットの同僚とは？
 - － 他のユニットの同僚とは？
 - － 問題を解決するため、または過去の介入やこの介入を実装するため、他の人との協働に要した時間について教えてください。
2. 仕事以外で同僚と集まることが、どの程度ありますか？
 - － 仕事のことを話すためですか？
 - － 単に一緒に楽しむためですか？
3. チームの仲間と（公式または非公式に）会うことがありますか？
 - － チームのメンバーは？
 - － どのくらいの頻度で会いますか？ 公式に？ 非公式に？
4. リーダーとの仕事上の関係について説明してください。
 - － あなたの上司とは？ 他の同僚の上司とは？

5. 影響力のあるステークホルダーとの仕事上の関係について説明してください。
6. スタッフミーティングなどのミーティングは定期的に行われますか？
 - － あなたは通常出席しますか？
 - － 誰が通常出席しますか？
 - － 通常出席するスタッフの割合は？
 - － どのくらいの頻度でミーティングが行われますか？
 - － 通常の議題は？こうしたミーティングはどのくらい役に立ちますか？
7. 組織の新しい取り組みや業績、課題、新規スタッフ、スタッフの離職などの新しい情報について、通常あなたはどのように知りますか？
8. 何かを行ったり問題を解決したりする必要があるときに、あなたが「頼りにする」人は誰ですか？
 - － 最近の一例を挙げて、説明してください。

Ⅲ-C. 文化

1. あなたの所属する組織、つまりご自身がいるセッティングあるいはユニットの文化について、どのように説明しますか？
 - － ご自身のユニットの文化は、組織全体の文化とは異なると感じますか？どのような点で？
2. あなたの組織の文化（人々が抱いている一般的な信念、価値観、前提）が、介入の実装にどのように影響すると思いますか？
 - － そのことがよくわかる一例を挙げて、説明してください。
3. あなたの組織では、改善を目的とした新しいアイデアがどの程度受け入れられ、採用されますか？
 - － 最近の一例を挙げて、説明してください。

▶以下の質問は、自由に回答して頂いて結構です。または、全体の割合を100%として、各タイプの割合で回答して頂いても結構です。（例）「私の文化の割合は、チーム50%、起業家的40%、階層的10%」

4. 組織の文化の特徴は、以下4つの一般的なタイプに分類されることがあります。あなたの文化には、次のような特徴がどの程度ありますか？
 - － チーム（家族）文化（柔軟、内部重視）：リーダーがメンターやファシリテーター、チームビルダーのように行動する友好的な職場。長期的な発展と、協働に価値が置かれる。
 - － 階層的（官僚）文化（管理、内部重視）：リーダーがコーディネーター、モニター（監視者）、オーガナイザーのように行動する組織化・様式化された職場。漸進的な変化や、物事を正しく進めることに価値が置かれる。
 - － 起業家的（イノベーション）文化（柔軟、外部重視）：介入を促すリーダーがいる活動的な職場。ブレイクスルーや先鞭をつけることに価値が置かれる。
 - － 合理的（マーケット）文化（管理、外部重視）：厳しい要求を突きつける hard drivers、生産的である producers、または競争を好む competitors ようなリーダーがいる競争的な職場。短期的な実績や、スピード感に価値が置かれる。

▶訳者注：CVF（Competing Values Framework）の4つの組織文化の訳は次の文献を参考にしました。

中島豊（監訳）：組織文化を変える：「競合価値観フレームワーク」技法。東京：ファーストプレス；2009。

Ⅲ-D. 実装風土

以下の質問は、(記者注:「実装風土」に含まれる6つの) 下位構成概念をさらに探索する話題を明らかにしつつ、評価されていない他のテーマへの気づきを与える可能性が高いです。

1. あなたの組織の介入実装に対する受容性のレベルは、一般的にどのくらいですか？
 - － それはなぜですか？

Ⅲ-D-1. 変化への切迫感

「Ⅲ-D-1. 変化への切迫感」、「I-C. 相対的優位性」、および「Ⅱ-A. 患者（組織のサービス対象者）のニーズと資源」の分類は難しいですが、一般的なガイドラインは以下のとおりです。

▶ 記者注：CFIR V2では、「患者のニーズと資源」を、「組織のサービス対象者のニーズと資源」に変更する予定です。このインタビューガイドでは「組織のサービス対象者のニーズと資源」が使われています。

• 変化への切迫感

介入に対する強い必要性を表明することや、現在の状況を支持できないことを示す言明。

• 相対的優位性

既存のプログラムよりこの介入が優れている（または劣る）ことを示した言明。

• 患者（組織のサービス対象者）のニーズと資源

介入の必要性を示している個人の特定のニーズに関する言明。強い必要性や支持できない現状を必ずしも示すものではない。

1. この介入に対する強いニーズがありますか？
 - － それはなぜですか？
 - － 他の人は介入が必要だと考えていますか？
2. サービス対象者のニーズやそれ以外の組織目標・目的を満たすために、この介入がどのくらい不可欠ですか？
3. 介入にあたり利用できる現在のプログラム・実践の方法・プロセスについて、人々はどのように感じていますか？
 - － 現在のプログラムは、既存のニーズをどの程度満たしていないですか？介入によって、これらのニーズは満たせますか？
 - － 介入によって、どのように現在のギャップを埋めますか？

Ⅲ-D-2. 適合性

患者とのやり取りに関する価値観について、保健医療分野では、患者中心のケアが含まれる可能性があります。教育分野では、特殊教育の生徒に対するクラスの受け入れなどが含まれる可能性があります。

1. 介入は、あなたの価値観や規範、また組織内の価値観や規範にどのくらい合致していますか？
 - － サービス対象者とのやり取りについての価値観はどのようなものか？協働意思決定 shared-decision making か、より指示的なものか？
 - － 外部の業者のプログラムに委ねる価値観か、内部スタッフがサービスを提供する価値観か？
2. 介入は、あなたの組織の既存の業務プロセスや実践の方法にどのくらい合致していますか？

－ 発生する可能性が高い課題や困難は、どのようなものですか？

3. 介入を現在のプロセスにどのように統合するか説明してください。

－ 現在のプログラムやプロセスと、どのような相互作用があるでしょうか？または対立しますか？

4. 介入は現在のプログラムやプロセスを置換または補完するものですか？

－ どのような点で？

Ⅲ-D-3. 相対的優先度

1. あなたのセッティングでは、どのような優先度の高い取り組みや活動がすでに行われていますか？

- － 現在行われている他の取り組みと比較して、介入実装の優先度はどのくらいですか？
- － 実装は他の優先事項と対立しますか？
- － 実装は他の優先事項を達成（あるいは関連するプレッシャーを緩和）するのに役立ちますか？

2. あなたにとって（組織にとって）最も優先度の高い（高いと思われる）活動または取り組みについて説明してください。

－ それを達成するために、どのようなプレッシャーを感じていますか？それはどこから来るものですか？それはなぜですか？

3. 現在進行中で優先度の高い他の取り組みより、実装の優先度が下になる可能性はどの程度ですか？

- － 他の優先事項に比べ、介入の実装はどのくらい重要だと思いますか？
- － 他の優先事項に比べ、介入の実装はあなたの同僚やリーダーなど他の人にとってどのくらい重要ですか？

4. ご自身の仕事では、競合する優先事項をどのように調整しますか？こうした優先事項をあなたの同僚はどのように調整しますか？

- － 他にどんな優先事項がありますか？
- － あなたの組織において、介入実装の優先度は他の優先事項に比べてどうですか？ご自身の仕事については？

Ⅲ-D-4. 組織のインセンティブや報奨

1. 介入実装の確実な成功を後押しするインセンティブには、どのようなものがありますか？

－ あなたが実装の確実な成功に貢献したいと思うモチベーションは何ですか？

2. あなたの上司は、この実装におけるあなたの役割を（次回の）評価でどの程度考慮すると思いますか？上司の評価と関係するあなたの仕事または役割は？

3. 介入の実装に関して計画されている特別な表彰や褒賞はありますか？

- － それらを説明してください。
- － それらはグループ・チーム・ユニットまたは個人を対象とするものですか？

Ⅲ-D-5. 目標とフィードバック

1. あなた・あなたのユニット・あなたの組織は、介入の実装に関する目標を設定したことがありますか？

ますか？

- － [はいの場合] どのような目標ですか？

2. あなたの組織・ユニットは、現在のプログラム・取り組みに対する目標をどの程度設定していますか？

- － 目標は組織の中でどのように伝えられていますか？誰に伝えられていますか？
- － 目標の一例を挙げてください。誰にどのように伝えられていますか？
- － 物事の進行状況に応じて変更が行われますか？一例を挙げてください。

3. 組織目標の進捗はどの程度モニタリングされますか？

- － 情報の種類や誰に通知されるか、方法などの点で、モニタリングの一例を挙げてください。

4. あなたは仕事についてのフィードバック報告を受けていますか？

- － それはどのようなものですか？内容、様式、構成は？
- － そうした報告はどのくらい役に立ちますか？
- － その報告に改善点はありますか？
- － その報告はどのくらいの頻度で受けていますか？どこから来るものですか？
- － その報告を設計したのは誰ですか？

▶以下の質問は、介入の観点から組み立てることができます。例えば、保健医療分野では、「介入の実装は、予防に関する組織目標とどのように一致していますか」といった質問になります。

5. 介入の実装は、その他の組織目標とどのように一致していますか？

Ⅲ-D-6. 学習風土

過去の介入実装に関する質問をすることで、同じ促進要因または阻害要因が関心のある新規実装に影響を及ぼす程度を探るなど、後日関わる多くの潜在的な構成概念に関する洞察が得られます。

1. 最近の質の改善の取り組みまたは新規プログラムの実装について説明してください。

- － その新しい取り組みやプログラムと、それを改善・実装するモチベーションについて説明してください。
- － これまでの重要なマイルストーンや主要な業績について教えてください。
- － 成功・失敗の背景にはどんな要因がありますか？
- － 主要な「プレイヤー」は誰でしたか？
- － あなたはどのように関与しましたか？
- － アウトカムや取り組みに人々は満足しましたか？
- － リーダーがどのように関与したか教えてください。誰が？どんな役割で？どのように貢献しましたか？または妨害しましたか？

2. ご自身のいるセッティングに問題があると思われる場合、あなたは何をしますか？

- － あなたが最近解決した問題、または参加した取り組みについて話を聞かせてください。

3. 業務プロセスを改善するため、新しいことにどの程度挑戦できると感じますか？

- － 物事を改善する方法について考える時間とエネルギーがあると感じますか？
- － 上司はあなたが果たした役割を評価・尊重していると感じましたか？
- － 上司（または他のリーダー）はどんな役割を果たしましたか？どんな行動をとりましたか？

Ⅲ-E. 実装の準備性

▶ 訳者注：質問文なし。下位構成概念ごとに質問する。

Ⅲ-E-1. リーダーシップ・エンゲージメント

1. リーダーからの承認やサポートを、どの程度見たり、聞いたりしたことがありますか？
 - － リーダーは誰ですか？これまで、それが物事にどのように影響してきましたか？今後は？
2. あなたの組織のリーダーは、これまで介入にどのくらいのレベルで関与してきましたか？
 - － 彼らは介入実装の意図を知っていますか？
 - － リーダーは誰ですか？各リーダーの態度はどのように異なりますか？
 - － 彼らはどのようなサポートをしてくれましたか？具体的な例を挙げてください。
3. 実装を成功させるために、どのようなサポートや行動を、あなたの組織のリーダーに期待できますか？
 - － リーダーは誰ですか？各リーダーの態度はどのように異なりますか？
 - － 彼らは介入実装の意図を知っていますか？
 - － 今後どのようなサポートを期待できますか？具体的な例を挙げてください。
 - － どのような種類の阻害要因を生む可能性がありますか？

Ⅲ-E-2. 利用可能な資源

資源には、運営資金と投資資金、職員の時間（新規スタッフが採用されている、実装が副次的な義務であるなど）、空間、設備、情報技術が含まれます。下記のステップを通して、必要なすべての資源が調査され、十分に説明されることでしょう。

1. 介入の実装と管理に十分な資源があると思いますか？
 - － [はいの場合] あなたはどの資源を当てにしていますか？あなたが受け取った、または受け取りたかった資源が他にありますか？
 - － 調達しやすい資源はどれですか？
 - － [いいえの場合] 利用できないのはどの資源ですか？
2. 必要な資源をどのように調達するつもりですか？
 - － あなたが必要なものを入手するのに関わるのは誰ですか？
 - － どのような課題に直面すると思いますか？

Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス

「Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス」、「V-B. エンゲージング」、および「Ⅲ-B. ネットワークとコミュニケーション」の分類は難しいですが、一般的なガイドラインは以下のとおりです。

• 知識や情報へのアクセス

プログラムの実施に関する知識や情報（つまり、プログラムの仕組み）への実装リーダーとユーザーのアクセスに関する言明。

• エンゲージング

プログラムの実施方法に関する知識の有無に関わらず、ステークホルダーがプログラムに「集中」している（つまり、彼らに関与させている）ことに関する言明。

• ネットワークとコミュニケーション

チームの体制、質、および機能に関する言明。組織における一般的なコミュニケーションや関係に

ついでにの言明。

1. あなたにはどのような研修が予定されていますか？同僚には？

- － あなたに期待される役割と責任の遂行に、その研修が役立つと感じますか？説明してください。
- － 予定されている計画的な研修のよい側面は何ですか？
- － 足りないものは何ですか？
- － どのような継続的な研修が予定されていますか？

2. 介入に関して、どのような情報や資料をすでに利用できますか？

- － 資料のコピー？
- － 個人の連絡先？
- － スタッフミーティングなどの内部情報の共有？
- － それはタイムリーでしたか？関連があるものでしたか？十分でしたか？

3. 介入やその実装について質問がある場合は、誰に尋ねますか？

- － こうした個人はどのくらい応じてくれますか？

▶以下の質問は、「**エンゲージング：主要なステークホルダー**」にも関連する可能性があります。

▶訳者注：CFIR V2では、「**V-B. エンゲージング**」の下位構成概念として、「**エンゲージング：主要ステークホルダー**」が追加される予定です。

4. あなたのいるセッティングでは、介入に関して、どのような情報や資料を個人に提供する予定ですか？

- － 資料のコピー？
- － 個人の連絡先？
- － スタッフミーティングなどの内部情報の共有？
- － それはタイムリーですか？関連があるものですか？十分でしたか？

Ⅳ. 個人特性

Ⅳ-A. 介入についての知識や信念

以下の質問に対する回答の多くが、他の構成概念にも分類される可能性があります。(例) 参加者が介入は既存のプログラムよりもメリットがあると信じている場合は「相対的優位性」にも分類。既存のエビデンスをもとにプログラムは効果的になると信じている場合は「Ⅳ-B. エビデンスの強さと質」にも分類。

1. 介入やその実装についてどのようなことを知っていますか？
2. あなたのいるセッティングで介入は効果的だと思いますか？
 - － それはなぜですか？
3. あなたのいるセッティングで介入が実施されることについてどのように感じますか？
 - － あなたのいるセッティングで介入を実装する計画についてどのように感じますか？
 - － 期待感がありますか？ストレスを感じていますか？熱中していますか？それはなぜですか？
4. あなたの組織で介入は実装のどの段階にありますか？
 - － プログラムはどのように進行すると思いますか？
 - － そう思われるのはなぜですか？

Ⅳ-B. 自己効力感

1. あなたには介入をうまく実装できる（訳者注：日常のプラクティスとして実施できる）自信がどのくらいありますか？
 - － その自信（または自信の欠如）の理由は何ですか？
2. あなたには介入を実施できる自信がどのくらいありますか？
 - － その自信（または自信の欠如）の理由は何ですか？
3. 同僚は介入の実装にどのくらい自信を感じていると思いますか？
 - － その自信（または自信の欠如）の理由は何ですか？
4. 同僚は介入の実施にどのくらい自信を感じていると思いますか？
 - － その自信（または自信の欠如）の理由は何ですか？

Ⅳ-C. 個人の行動変容のステージ

Rogers（またはProchaskaの「行動変容のステージ」）をガイドとして用いて、個人がどの行動変容のレベルにあるかを調査してください。

1. あなたは介入実施の準備がどのくらいできていますか？
 - － 知識段階（無関心期）— 介入の主要な側面に関する知識
 - － 説得段階（関心期）— 介入を好み、他の人と話し合い、賛成し、前向きな見方をする
 - － 意思決定段階（準備期）— 追加情報を探して試みようとする
 - － 実装段階（実行期）— 追加情報を入力し、定期的に介入を実施し、継続している
 - － 確認段階（維持期）— メリットを認識し、日常業務に介入を統合済みで、他の人に実施を促す

IV-D. 組織との一体感

他の質問に対する回答が、ここにも分類される可能性があります。例えば、組織目標や介入に関連した目標への賛同は「Ⅲ-D-5. 目標とフィードバック」で引き出される可能性があります、ここにも関連する場合があります。

IV-E. その他の個人的特性

ここに分類される言明のタイプは、研究目的によって決まります。(例) ルーカス・オブ・コントロール (統制の所在：行動の原因を自己や他人のどこに求めるか)、特定の実装に関係することがわかっている健康心理学や組織心理学に基づく概念など。

V. プロセス

V-A. 計画

1. 介入実装の計画を整理するために、あなたは何をしましたか（または何をするとつもりですか）？
2. 介入実装の計画について説明してくださいか？
 - － 計画はどのくらい詳細ですか？誰が知っていますか？計画は複雑すぎますか？理解できますか？現実的かつ実現可能ですか？
 - － 計画プロセスにおけるあなたの役割は何ですか？
 - － 計画プロセスに誰が関与していますか？彼らの役割は何ですか？
 - － 計画プロセスに適切な人が関与していますか？どのくらい積極的に関与していますか？
 - － 計画に基づき実装の進捗を追跡する予定ですか？
 - － 阻害要因や、誤り、間違いのため、計画を修正または改定しなければならない場合、どうしますか？
3. あなたの实装の計画は、実装期間中にどのような役割を果たしましたか？
 - － 介入実装のガイドとして使用しましたか？
 - － 計画を実際の進捗との比較に使用しましたか？
 - － 計画の改定または改良はありましたか？
 - － 他のステークホルダーと、計画を共有またはレビューしましたか？どのくらい定期的に？

V-B. エンゲージング

「エンゲージング」の構成概念は、主に個人をエンゲージングするために使われる戦略と、そうした戦略の結果に焦点を当てるものです。しかし、こうした個人が最終的にいるのかいないのか、また彼らの「質（能力、モチベーション、スキル、つまり、彼らがどの程度仕事ができるか仕事の質）」も分類するとよいでしょう。「III-E-3. 知識や情報へのアクセス」、「V-B. エンゲージング」、および「III-B. ネットワークとコミュニケーション」の分類は難しいですが、一般的なガイドラインは以下のとおりです。

• 知識や情報へのアクセス

プログラムの実施に関する知識や情報（つまり、プログラムの仕組み）への実装リーダーとユーザーのアクセスに関する言明。

• エンゲージング

プログラムの実施方法に関する知識の有無に関わらず、ステークホルダーがプログラムに「集中」している（つまり、彼らに関与させている）ことに関する言明。

• ネットワークとコミュニケーション

チームの体制、質、および機能に関する言明。組織における一般的なコミュニケーションや関係についての言明。

V-B-1. オピニオンリーダー

1. この実装に参画している影響力のあるキーパーソンは誰ですか？
2. 影響力のあるキーパーソンは、介入についてどのように述べていますか？
 - － 影響力のあるキーパーソンとは誰ですか？
 - － 彼らは、他の人の介入実施にどの程度影響を与えますか？実装を成功させますか？

V-B-2. 公式に任命された内部の実装リーダー

以下の質問は「I-A. 介入の出処」にも関係します。介入の出処に関する回答は「介入の出処」に分類します。初期のエンゲージメント（またはエンゲージメントしないこと）を示すものとして、意思決定プロセスに参加した人に関する回答をここに分類します。意思決定への参加は、介入に対して当事者意識を感じてもらうために効果的なエンゲージメント戦略です。

1. あなたの組織は介入の実装にどのように関与しましたか？
 - － 介入への参加の意思決定はどのようになされましたか？
 - － 意思決定のプロセスには誰が参加しましたか？
 - － あなたはこのプロセスに関与しましたか？
2. 介入の実装を先導するのは誰ですか？
 - － その人物は、この役割をどのように始めましたか？または、始めますか？任命ですか？自発的にですか？自発的にやることを強制されてですか？
 - － その人物には、この実装を先導する上で、効果的なリーダーとして、どのような特性や資質がありますか？その人物には、どのような特性や資質が不足していますか？
 - － その人物には、介入実装に必要なことを行うための十分な権限がありますか？
3. 他に誰が実装を先導することに関与していますか？

V-B-3. チャンピオン

1. 公式な実装リーダー以外に、（期待をはるかに上回る）チャンピオンとなる可能性の高い人々があなたの組織にいますか？
 - － 彼らはその役職に公式に任命されましたか？それとも、非公式の役割でしたか？
 - － そうしたチャンピオンは、あなたの組織でどのような役職に就いていますか？
 - － 彼らはどのように実装に貢献すると思いますか？介入実施の人々に促しますか？
2. そのチャンピオン・個人に対する人々の認識について説明してください。
 - － あなたはチャンピオンの意見や行動をどの程度尊重していますか？
3. その個人・チャンピオンはどのような行動を示すと思いますか？
 - － 例えば、シニアリーダーを参画させたり、問題解決を支援したりするでしょうか？あるいは、もう少し小さな役割でしょうか？

V-B-4. 外部のチェンジ・エージェント

1. あなたの組織外の人（またはチーム）は介入の実装を支援しますか？
 - － その人物・グループについて説明してください。
 - － 彼らはどのように関与しましたか？
 - － 彼らの役割は何ですか？
 - － 彼らはどのような活動をしますか？
 - － 彼・彼女・彼らはどのくらい貢献すると思いますか？どのような点で？

V-B-5. 主要なステークホルダー

▶ 訳者注：CFIR V2では、「エンゲージング」の下位構成概念として、「主要ステークホルダー」および「イノベーションの参加者」が追加される予定です。インタビューガイドではこの2つの下位構成概念が追加されているため（ただし「イノベーションの参加者」は「介入の参加者」と表記されて

います)、それぞれV-B-5とV-B-6の番号を割り当てています。

1. 人々を介入実施に献身的に取り組んでもらうため、どのようなステップを踏みましたか？

- － どの個人を対象としますか？
- － 彼らにどのようにアプローチしますか？
- － 彼らにどんな情報を与えますか？
- － どのくらいの頻度で、どのように彼らとコミュニケーションをとりますか？

2. 介入に関する情報を周知するためのあなたのコミュニケーション戦略、または教育戦略はどのようなものですか（研修は含みません。「Ⅲ-E-3. 知識や情報へのアクセス」を参照してください）。

- － どのような資料・手段・会場を使用する予定ですか？例えば、電子掲示板、電子メール、パンフレットなどですか？
- － どのようなプロセスでコミュニケーションをとる予定ですか？スタッフミーティングへの参加、非公式な会話などですか？

3. 介入に参画しているキーパーソンは誰ですか？

- － 人々を介入の実施に献身的に取り組んでもらうためですか？実装を助けるためですか？

V-B-6. 介入の参加者

介入の参加者には、保健医療分野では患者、教育分野では学生などが含まれる可能性があります。以下の質問では、介入は、それを使う人々に向けたプログラムであると想定します。

1. あなたやあなたの同僚は、介入についてサービス対象者と、どのようにコミュニケーションをとりますか？

- － 彼らはどのように介入に参加しますか？
- － 彼らはどのように介入にアクセスしますか？

V-C. 実行

実行の評価は、実装計画がどのくらい良く実行されたかによって決まるため、実装期間中または実装後にのみ行われます。計画どおり実行されなかった場合は、計画が機能しなかった理由を説明する適切なCFIR構成概念にもあわせて分類します。

1. 介入は実装計画に従って実装されましたか？

- － [はいの場合] それについて説明してください。
- － [いいえの場合] なぜですか？

V-D. 振り返りと評価

「振り返りと評価」では、実装プロセスで実施されたプロセス、例えば介入に関して行われた評価の取り組みや、幅広い対象者への展開を予定している場合など、に注意を向けます。インタビュー中に参加者が行う振り返りと評価の把握を目的とするものではありません。（例）実装の成功に関する事項。このような種類のコメントは、介入についての「Ⅳ-A. 介入についての知識や信念」に分類する必要があります。

1. 介入の実装にあたり、どのような情報を収集する予定ですか？

- － どの測定項目を追跡しますか？どのように追跡しますか？
- － その情報をどのように使用しますか？

2. 実装または介入自体についてのフィードバック報告を受け取りますか？
 - － それはどのようなものですか？内容、様式、構成は？
 - － そうした報告はどのくらい役に立つと思いますか？
 - － その報告に改善点はありますか？
 - － その報告をどのくらいの頻度で受け取りますか？どこから来るものですか？
 - － その報告を設計するのは誰ですか？

3. 実装目標や介入目標に向けての進捗をどのように評価しますか？
 - － 評価結果をステークホルダーにどのように返しますか？

4. スタッフにフィードバックを求めますか？サービス対象者からも求めますか？
 - － [はいの場合] どのようなフィードバックですか？

5. あなたの組織・ユニットは介入の実装目標をどの程度設定していますか？
 - － 目標は組織の中でどのように伝えられますか？誰に伝えられますか？
 - － どのような目標ですか？誰にどのように伝えられますか？

監修者紹介

内富庸介 国立がん研究センター
中央病院支持療法開発センター、社会と健康研究センター

監訳者紹介

今村晴彦 東邦大学 医学部 社会医学講座衛生学分野

島津太一 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室

訳者紹介

大槻曜生 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
担当：構成概念Ⅰ-A, B

小手森綾香 麻布大学 生命・環境科学部
担当：構成概念Ⅰ-C

中山直子 横浜創英大学 看護学部
担当：構成概念Ⅰ-D, E

齋藤義信 神奈川県立保健福祉大学 イノベーション政策研究センター
担当：構成概念Ⅰ-F, G, H

貞廣良一 国立がん研究センター 研究所 免疫創薬部門
担当：構成概念Ⅱ-A, B

大久保亮 国立精神・神経医療研究センター
トランスレーショナル・メディカルセンター 情報管理解析部
担当：構成概念Ⅱ-C, D

矢口明子 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
担当：構成概念Ⅲ-A, B, C

梶有貴 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
担当：構成概念Ⅲ-D, D-1, D-2, D-3、全体確認

高山千春 聖路加国際大学 看護学研究科 博士後期課程／群馬大学医学部附属病院
担当：構成概念Ⅲ-D-4, D-5, D-6

齋藤順子 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
担当：構成概念Ⅲ-E, E-1, E-2, E-3、インタビューガイド

華井明子 国立がん研究センター 中央病院支持療法開発部門
担当：構成概念Ⅳ-A

藤森麻衣子 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 行動科学研究室
担当：構成概念Ⅳ-B, C, D, E

上田佳世 京都大学大学院 医学研究科 社会健康医学系専攻、
奈良県立医科大学 医学部 看護学科
担当：構成概念Ⅴ-A

齋藤宏子 帝京大学大学院 公衆衛生学研究科 博士後期課程
担当：構成概念Ⅴ-B, B-1, B-2

鶴川重和 大阪市立大学大学院 生活科学研究科
担当：構成概念Ⅴ-B-3, B-4

小山美樹 聖路加国際大学 看護学研究科 博士後期課程
(がん看護学・緩和ケアDNPコース)／東京女子医科大学病院
担当：構成概念Ⅴ-C, D

月野木ルミ 日本赤十字看護大学 看護学部 地域看護学領域
担当：インタビューガイド

その他、下記の方々に内容の確認やコメントを頂きました。

青木藍 国立成育医療研究センター研究所 政策科学研究部
小田原幸 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
佐々木八十子 国立成育医療研究センター研究所 エコチル調査研究部
西田俊彦 グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン コンサルティング部門
松岡歩 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室

保健医療福祉における普及と実装科学研究会

代表世話人

内富庸介 国立がん研究センター
中央病院支持療法開発センター、社会と健康研究センター

世話人

明石秀親 国立国際医療研究センター 国際医療協力局 運営企画部
荒井秀典 国立長寿医療研究センター
今村晴彦 東邦大学 医学部 社会医学講座衛生学分野
遠藤弘良 聖路加国際大学 大学院公衆衛生学研究科
川上憲人 東京大学大学院 医学系研究科 精神保健学分野
金吉晴 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
島津太一 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
園田美和 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
国際戦略推進部 国際戦略推進課 国際連携推進室（～2020年）
竹原健二 国立成育医療研究センター 研究所 政策科学研究部 政策開発研究室
玉腰暁子 北海道大学大学院医学研究院 社会医学分野 公衆衛生学教室
中村桂子 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医歯学系専攻
国際保健医療事業開発学分野
中山健夫 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学専攻系 健康情報学分野
松田知栄 国立研究開発法人 日本医療研究開発機構
国際戦略推進部 国際戦略推進課 国際連携推進室（2021年～）
宮本恵宏 国立循環器病研究センター オープンイノベーションセンター

事務局

島津太一 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
齋藤順子 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
大槻曜生 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室
矢口明子 国立がん研究センター
社会と健康研究センター 行動科学研究部 実装科学研究室

本書は、CFIRの原論文 (Damschroder, et al. Implementation science 2009, 4:50) に基づく総合Webサイト (www.cfirguide.org) のうち、“What is the CFIR?” (トップページ)、構成概念 (https://cfirguide.org/constructs/)、およびインタビューガイド (Interview Guide Tool [https://cfirguide.org/guide/app/#/]) を用いて生成) の箇所 (2019年2月時点：2021年3月時点でも変更がないことを確認済) を翻訳したものです。日本語訳の責任はすべて監訳者・監修者にあります。

本書の翻訳および編集は、令和2年度 国立高度専門医療研究センター 医療研究連携推進本部 横断的研究推進費「実装科学推進のための基盤構築事業」(主任研究者 内富庸介) による、健康格差是正のための実装科学ナショナルセンターコンソーシアム (N-EQUITY, National Center Consortium in Implementation Science for Health Equity) の依頼を受けて、RADISHにより行われました。

実装研究のための統合フレームワーク—CFIR— Consolidated Framework for Implementation Research

監 修 内富庸介
監 訳 今村晴彦、島津太一
発行日 2021年3月15日
発 行 保健医療福祉における普及と実装科学研究会 (RADISH)
〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1
国立研究開発法人 国立がん研究センター 社会と健康研究センター内

ISBN978-4-9911-886-0-2

デザイン：株式会社ワキプリントピア



本書はクリエイティブ・コモンズ 表示4.0国際ライセンス (CC BY 4.0) の下に提供されています。

